UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

L'intégration communautaire chez les personnes ayant à la fois une consommation problématique de psychotropes et des symptômes de stress post-traumatique

par
Louis-David Bisson

Mémoire présenté à la Faculté d'éducation
en vue de l'obtention du grade de
Maître ès Science (M.Sc.)
Psychoéducation

Août 2015

© Louis-David Bisson, 2015

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE
Faculté d'éducation

L'intégration communautaire chez les personnes ayant à la fois une consommation problématique de psychotropes et des symptômes de stress post-traumatique

Louis-David Bisson

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Myriam Laventure, Directrice de recherche

Anne-Marie Tougas, Évaluateur externe

Luc Touchette, Évaluateur externe

SOMMAIRE

La présente recherche s'intéresse à la qualité de l'intégration communautaire chez les personnes présentant à la fois une consommation problématique de psychotropes (CPP) et des symptômes de stress post-traumatique (SPT). À la lumière de la littérature existante, il semble clair qu'il existe un lien entre le fait de présenter une double problématique (CPP et un problème de santé mentale) et la qualité de l'intégration communautaire. Or, peu d'études se sont intéressées à la qualité de l'intégration communautaire chez les personnes présentant une CPP et un problème de santé mentale et encore moins d'études se sont spécifiquement intéressées à l'intégration communautaire des personnes présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT. Parmi les études portant sur l'intégration communautaire, la plupart des auteurs ont évalué l'intégration de façon unidimensionnelle, alors qu'un modèle multidimensionnel est maintenant préconisé pour mieux décrire l'intégration communautaire (intégration physique, sociale et psychologique). De plus, la comparaison de la qualité de l'intégration communautaire, entre les hommes et les femmes, est un aspect généralement manquant à l'intérieur des études bien qu'il soit connu que selon le genre, les personnes expérimentent différemment la CPP et les symptômes de SPT. Enfin, plusieurs variables sociodémographiques sont réputées comme étant des facteurs influençant l'intégration communautaire, mais peu d'auteurs les contrôlent dans leurs analyses.

Le présent projet tente de pallier ces lacunes en décrivant et comparant l'intégration communautaire (intégration physique, sociale et psychologique) de 85 adultes, hommes et femmes, présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT puis en étudiant l'influence de variables sociodémographiques dans la relation entre les symptômes de stress post-traumatique et l'intégration communautaire des hommes et des femmes présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT. Pour ce faire, un modèle conceptuel multidimensionnel de l'intégration communautaire, adapté de celui de Wong et Solomon (2002), a été utilisé.

Les participants de l'étude font tous partie du programme *Dépendance et stress*

post-traumatique du Centre Portage de Québec. Parmi la clientèle régulière de l'organisme ayant une CPP, celle qui avait rapporté à l'évaluation d'accueil des traumatismes à l'enfance a été invitée à participer à la présente recherche. Les participants ont rempli différents questionnaires à l'entrée dans le programme dont le questionnaire validé et standardisé portant sur les SPT (autoperturbation, stress post-traumatique, externalisation, somatisation) développé par Briere (2011), la carte de réseau social de Desmarais (1982) et un questionnaire maison développé à partir du modèle conceptuel de l'intégration communautaire de Wong et Solomon (2002). Des analyses statistiques (descriptives, test-t, corrélations de Pearson, régressions multiples hiérarchiques) ont été effectuées afin d'atteindre les objectifs de recherche.

Les résultats démontrent que tant les hommes que les femmes présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT ont une intégration de faible qualité, et ce, dans les trois dimensions de l'intégration communautaire (physique, sociale, psychologique). En effet, les participants ont rapporté avoir peu de loisirs, fréquenter peu les ressources communautaires, avoir une faible densité et diversité de réseau, avoir un nombre limité de rôles sociaux, entretenir des relations sociales de mauvaise qualité et être peu satisfait de leur intégration communautaire. L'intégration communautaire des hommes et des femmes qui présentent une CPP et des symptômes de SPT est comparable, à l'exception des rôles sociaux qui sont plus nombreux chez les femmes. Les variables sociodémographiques testées, soit le genre, l'état civil et le revenu, et dans une moindre mesure le niveau de scolarité, sont significativement associées à la qualité de l'intégration communautaire des personnes présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT. Une fois ces variables sociodémographiques contrôlées, seul le niveau de relations significatives et réciproques demeure influencé par les symptômes de SPT, plus précisément les symptômes d'autoperturbation et de stress post-traumatique.

Les résultats soutiennent l'importance des programmes d'intervention favorisant l'intégration communautaire proposés aux personnes présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT. Ces programmes d'intervention devraient être offerts tant aux hommes

qu'aux femmes, cibler l'ensemble des symptômes de SPT et l'amélioration des facteurs sociodémographiques afin d'améliorer leur intégration communautaire.

Cette étude comporte, toutefois, certaines limites qui doivent être considérées dans l'interprétation des résultats. L'utilisation d'un devis transversal, la taille de l'échantillon et l'utilisation d'un échantillon clinique limitent la portée des résultats. L'impossibilité de contrôler l'effet de la CPP sur l'intégration communautaire et l'utilisation d'un questionnaire maison pour documenter certaines variables de l'intégration communautaire ont pu nuire à la validité et la fidélité de certaines données.

Afin de pallier à ces limites, les futures recherches portant sur le lien entre les symptômes de SPT et l'intégration communautaire chez les personnes présentant une CPP et des symptômes de SPT devraient s'assurer d'avoir un échantillon de plus grande taille, avoir un échantillon moins homogène, contrôler l'impact de la CPP sur l'intégration communautaire et utiliser des tests validés pour évaluer chacune des variables de l'intégration communautaire.

TABLE DES MATIÈRE

SOMMAIRE **1**

REMERCIEMENTS **9**

INTRODUCTION **10**

PREMIER CHAPITRE - LA PROBLÉMATIQUE **11**

1. AMPLEUR ET CONSÉQUENCES DE LA PROBLÉMATIQUE *11*

2. DÉFINITION DES CONCEPTS *13*

2.1 Définitions de la consommation problématique de psychotropes 13
2.2 Définition des symptômes de stress post-traumatique 14
2.3 Définition de l'intégration communautaire 15
2.3.1 L'intégration physique 16
2.3.1 L'intégration sociale 17
2.3.1 L'intégration psychologique 17
2.3.1 Les facteurs personnels 18

3. CONSOMATION PROBLÉMATIQUE DE PSYCHOTROPES, SYMPTÔMES DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE *19*

4. QUESTIONS DE RECENSION *20*

DEUXIÈME CHAPITRE - LA RECENSION DES ÉCRITS **21**

1. MÉTHODE DE RECENSION *21*

2. CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES *24*

3. PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DES ÉTUDES RECENSÉES *28*

3.1 Études répondants à la première question de recension 28
3.2 Étude répondant à la seconde question de recension 31
3.3 Études répondant, à la fois, à la première et la seconde question de recension 34
3.4 Synthèse des résultats et des limites 36

4. OBJECTIFS POURSUIVIS *40*

TROISIÈME CHAPITRE - LA MÉTHODOLOGIE **42**

1. DEVIS *42*

2. ÉCHANTILLON *42*

3. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE *43*

4. VARIABLES ET INSTRUMENTS DE MESURE *44*

4.1 Données sociodémographiques 44
4.2 La sévérité des symptômes de stress post-traumatiques 44

4.3 Qualité de l'intégration communautaire 47
4.3.1 Dimension de l'intégration physique 47
4.3.2 Dimension de l'intégration sociale 48
4.3.2.1 Sous-dimension des interactions sociales 48
4.3.2.2 Sous-dimension du réseau social 48
4.3.3 Dimension de l'intégration psychologique 50

5. ANALYSES STATISTIQUES 50

QUATRIÈME CHAPITRE - LES RÉSULTATS 52

1. ANALYSES DESCRIPTIVES 52

1.1 Intégration physique 52
1.2 Intégration sociale 53
1.3 Intégration psychologique 55

2. ANALYSES CORRÉLATIONNELLES 56

2.1 Données sociodémographiques et symptômes de stress post-traumatique 56
2.2 Données sociodémographiques et intégration communautaire 57
2.3 Symptômes de stress post-traumatique et intégration communautaire 57

3. ANALYSES DE RÉGRESSION 59

3.1 Intégration physique 60
3.2 Intégration sociale 61
3.3 Intégration psychologique 66

CINQUIÈMECHAPITRE - LA DISCUSSION DES RÉSULTATS 68

1. L'INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE 68

1.1. L'intégration physique 68
1.2. L'intégration sociale 68
1.3. L'intégration psychologique 72

2. SÉVÉRITÉ DES SYMPTÔMES DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE 72

3. RETOMBÉES POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE 74

4. LES LIMITES DE L'ÉTUDE ET RECOMANDATIONS 75

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 77

ANNEXE A TABLEAUX DE RECENSION 83

ANNEXE B ATTESTATION DE CONFORMITÉ ÉTHIQUE 95

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 - Mots clefs utilisés lors de la recherche de documents à partir de banques de données et des sites internet de revues francophones spécialisées.....22

Tableau 2 - Présentation synthèse des caractéristiques méthodologiques des études recensées……....24

Tableau 3 - Méthode de compilation de participation aux loisirs……48

Tableau 4 - Méthode de compilation de l'utilisation de ressources…….48

Tableau 5 - Méthode de compilation du score de satisfaction des relations sociales et du score de relations significatives et réciproques…….49

Tableau 6 - Analyses descriptives et différences hommes/femmes : intégration physique……53

Tableau 7 - Analyses descriptives et différences hommes/femmes : intégration sociale……..……54

Tableau 8 - Pourcentage de satisfaction : intégration psychologique……56

Tableau 9 - Corrélations : variables sociodémographiques, de symptômes de stress post-traumatique et d'intégration communautaire……58

Tableau 10 - Régression linéaire hiérarchique : Variables associées à la participation aux loisirs……60

Tableau 11 – Régression linéaire hiérarchique : Variables associées à l'utilisation de ressources…….61

Tableau 12– Régression logistique hiérarchique : Variables associées à la fréquentation de personnes normatives……...63

Tableau 13 – Régression linéaire hiérarchique : Variables associées à la densité du réseau social de soutien……..…..63

Tableau 14 – Régression linéaire hiérarchique : Variables associées à la diversité du réseau social de soutien…….…...64

Tableau 15 – Régression linéaire hiérarchique : Variables associées à la variété de rôles sociaux…….……..64

Tableau 16 – Régression linéaire hiérarchique : Variables associées à la satisfaction des relations sociales……..…….65

Tableau 17 – Régression linéaire hiérarchique : Variables associées aux relations significatives et réciproques……..……65

Tableau 18 - Régression linéaire hiérarchique : Variables associées à l'intégration psychologique……66

LISTE DES FIGURES

Figure 1 – Adaptation du modèle de l'intégration communautaire de Wong et Solomon (2002)……16

REMERCIEMENTS

Pour ses conseils et ses encouragements, nécessaire à l'écriture de ce mémoire, je tiens à remercier Clara Groulx-Swennen. Pour son soutien, sa disponibilité et sa passion, je tiens à remercier de façon particulière Madame Myriam Laventure pour m'avoir dirigé dans l'écriture de ce mémoire.

INTRODUCTION

L'intégration communautaire est « l'étape ultime de la démarche de la réhabilitation (ou de rétablissement) de la personne toxicomane, étape qui permet à la personne de traduire l'autonomie qu'elle a acquise aux phases précédentes [de traitement] en une réelle participation sociale » (Boivin, et De Montigny, 2002, p. 12). Le sentiment de faire partie de sa société « et l'acceptation sociale sont largement considérés comme des besoins humains fondamentaux qui pourtant ne sont souvent pas satisfaits chez les individus vivant avec un problème de santé mentale » (Corrigan, Mueser, Bond, Drake, et Solomon, 2008, p. 214). Les personnes ayant à la fois une consommation problématique de psychotropes et des symptômes de stress post-traumatique présentent d'importants problèmes interpersonnels. Les impacts d'une mauvaise intégration communautaire sont reconnus et importants sur la vie d'un individu (isolement, pauvreté, marginalisation). Chez les personnes ayant une consommation problématique de psychotropes, une mauvaise intégration communautaire est fortement associée à la rechute. Ainsi, pour favoriser le rétablissement et orienter l'intervention communautaire, ce mémoire porte sur l'influence de la sévérité des facteurs de symptômes de stress post-traumatique sur l'intégration communautaire des personnes présentant à la fois une consommation problématique de psychotropes et des symptômes de stress post-traumatique.

PREMIER CHAPITRE
LA PROBLÉMATIQUE

Dans ce chapitre, l'ampleur de la cooccurrence d'une consommation problématique de psychotropes et de symptômes de stress post-traumatique, ainsi que ses conséquences seront exposées. La définition des problématiques à l'étude, de l'intégration communautaire ainsi qu'un modèle conceptuel de l'intégration communautaire seront ensuite présentés.

1. AMPLEUR ET CONSÉQUENCES DE LA PROBLÉMATIQUE

En 2012, 21,6 % des Canadiens avaient présenté une consommation problématique de psychotropes (CPP) à un moment ou à un autre de leur vie, ce qui représente, plus ou moins, 6 millions de Canadiens (Pearson, Janz et Ali, 2013). Le gouvernement du Canada estime que le coût social (médical, éducatif et judiciaire) global de la CPP s'élève à près de 40 milliards de dollars annuellement, soit 1267$ par Canadien (Rehm, Baliunas, Brochu, Fischer, Gnam, Patra et *al*., 2006). Au niveau de l'intégration communautaire, dans la littérature scientifique et dans l'intervention clinique, il est reconnu que les personnes qui présentent une CPP ont un niveau élevé de problèmes interpersonnels et sociales (Cohen et Hien, 2006). Par exemple, la consommation problématique d'alcool est associée à des relations de couples moins satisfaisantes, empreintes d'interactions négatives et de violence (Marshal, 2003). De même, la consommation de psychotropes est associée au fait d'être victime ou de commettre de la violence dans la relation de couple, et ce, autant pour les femmes que pour les hommes (Kraanen, Vedel, Scholing, et Emmelkamp, 2014).

La CPP est perçue, par certains auteurs, comme une manifestation d'une autre problématique qui cause une détresse psychologique chez la personne ou qui lui permet d'éviter d'affronter certaines expériences internes négatives (Lavoie, Langlois, Simoneau et Guay, 2008) telles que celles reliées au vécu d'événements traumatisants. D'ailleurs, une étude épidémiologique réalisée aux États-Unis (NESARC, 2004-2005) auprès d'un important et représentatif échantillon populationnel (n=34 653) indique qu'il y a une très

forte présence de CPP chez les personnes ayant des symptômes de stress post-traumatique (SPT). En effet, 46,4 % des personnes présentant le diagnostic complet d'état de stress post-traumatique (ÉSPT) ont également un diagnostic de trouble de dépendance ou d'abus à une substance, tel que défini par le DSM-IV (American psychiatric association, APA, 1994) (Pietrzak, Goldstein, Southwick et Grant, 2011). Les taux sont semblables (43.3 %) chez les personnes présentant un diagnostic partiel d'état de stress post-traumatique[1] (Pietrzak et *al*., 2011). Le phénomène serait significativement plus présent chez les hommes. Par exemple, 51,9 % des hommes au États-Unis comparé à seulement 27,9 % des femmes ayant un diagnostic d'ÉSPT ont également une consommation problématique d'alcool et 34,5 % des hommes contre 26,9 % des femmes ont à la fois un diagnostic d'ÉSPT et une consommation problématique de drogue (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes et Nelson, 1995).

Chez les personnes présentant une CPP, la prévalence de diagnostic d'état de stress post-traumatique est de «11% à 60 % pour un diagnostic actuel et de 33% à 75% pour un diagnostic à vie» (Driessen et *al*, 2008; Reynolds, Mezey, Chapman, Wheeler, Drummond, 2005 dans Chauvet, Kamgang, Ngamini, Fleury et Simoneau, 2015).

Les recherches suggèrent que le fait de présenter à la fois une CPP et des symptômes de SPT serait associé à des problèmes comportementaux plus sévères sur plusieurs indices (Dutton, Adams, Bujarski, Badour, et Feldner, 2014). Par exemple, certaines études montrent que parmi les personnes qui présentent une CPP, celles ayant des symptômes de SPT consomment plus souvent plusieurs drogues à la fois, ont plus de comportements violents (Mills, Lynskey, Teesson, Ross et Darke, 2005) et sont plus impulsives (Cohen et Hien, 2006) que les personnes sans symptômes de SPT. De plus, le profil socioéconomique est d'autant affecté chez les personnes qui présentent une CPP lorsque celles-ci présentent en cooccurrence des symptômes de SPT. En effet, les personnes qui présentent à la fois une CPP et des symptômes de SPT ont un niveau d'éducation plus bas, ont moins souvent un

1 Le diagnostic partiel d'état de stress post-traumatique est définit par le fait d'avoir vécu un événement traumatisant, l'impuissance, horreur ou la peur de la mort ou de subir des blessures sévères ou une infirmité et au moins un symptôme de chacun des critère B, C et D ainsi que la durée des symptômes durant au moins un mois (critère E) (DSM-IV, 1994).

emploi (Mills et *al.*, 2005 ; Riggs, Rukstalis, Volpicelli, Kalmanson et Foa, 2003) et vivent plus souvent seules (Riggs et *al*., 2003) que les personnes n'ayant que l'une ou l'autre de ces problématiques.

Si la CPP et les symptômes de SPT étudiés de façon individuelle sont fortement associés à des difficultés sur le plan de l'intégration sociale (Cohen et Hien, 2006; Marshal, 2003; Kraanen et *al*., 2014; Taft, Watkins, Stafford, Street et Monson, 2011), le fait de présenté à la fois une CPP et des symptômes de SPT a des conséquences grave sur le plan social de ces personnes (Dutton et *al*., 2014). La littérature scientifique établi certains liens entre la CPP, les symptômes de SPT et l'intégration communautaire. Ces liens seront présentés à la fin de ce chapitre, après avoir donné une définition des concepts à l'étude.

2. DÉFINITION DES CONCEPTS

Les concepts liés à la consommation problématique de psychotropes et de symptômes de stress post-traumatique utilisés dans cette étude sont définis selon la définition de l'*American Psychiatric Association*, tirée du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 5th Edition* (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013).

2.1 Définitions de la consommation problématique de psychotropes

Selon le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 5th Edition* (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013), le diagnostic de trouble d'utilisation de substances[2] (TUS) est défini par la présence d'au moins deux des onze critères pendant une période consécutive d'un an.

Les critères diagnostics présents dans la version la plus récente du DSM sont : (1) la soif ou l'envie irrépressible de consommer la substance (le *craving*), (2) la perte de contrôle

[2] Le terme psychotropes [ou substances psychoactives] inclue ici l'alcool, l'amphétamine, la caféine, le cannabis, la cocaïne, les hallucinogènes, les solvants volatils, la nicotine, les opiacés, la phencyclidine (ou autre substances similaires), les sédatifs, hypnotiques ou anxiolytiques et les substances autres ou inconnues (DSM-5, APA 2013)

sur la quantité consommée et le temps dédié pour la consommation, (3) beaucoup de temps consacré à la consommation, (4) des efforts infructueux pour diminuer ou arrêter de consommer, (5) la réduction ou l'abandon d'activités importantes afin de consommer, (6) la persistance à consommer malgré l'existence de situations physiquement dangereuses, (7) la consommation malgré la présence de problèmes physiques, (8) l'incapacité à remplir des obligations quotidiennes importantes, (9) des problèmes interpersonnels ou sociaux, (10) le besoin d'augmenter la quantité de substance consommée pour ressentir le même effet ou le fait de ressentir nettement moins d'effets qu'avant avec la même quantité de la substance (tolérance) et (11) le fait d'éprouver des symptômes de sevrage lorsque la consommation est réduite (DSM-5, APA 2013).

Dans la présente étude, le terme « consommation problématique de psychotropes (CPP) » sera employé pour éviter d'exclure les études recensées qui n'ont pas spécifiquement utilisé la définition du DSM-V. Ce terme réfèrera en tout temps à une consommation sévère et fréquente de psychotropes, de laquelle découle des problèmes ou des dysfonctions telles que définis par Tremblay et Blanchette-Martin, 2009 :

> L'individu expérimente concrètement divers problèmes associés : conflits interpersonnels (des membres de la famille reprochent l'excès de consommation), difficultés financières (des dépenses élevées sont effectuées pour l'achat de cocaïne), prises de risques injustifiés (la conduite d'une moto marine en contexte de consommation), démêlés judiciaires (arrestation pour possession simple ou pour conduite avec facultés affaiblies). Toutefois, l'intensité des problèmes n'est pas suffisante pour justifier un diagnostic d'abus de substances.

2.2 Définition des symptômes de stress post-traumatique

L'état de stress post-traumatique (ÉSPT) est un trouble anxieux se caractérisant principalement par le développement de symptômes spécifiques suite à l'exposition à un évènement particulièrement stressant ou à un évènement traumatisant (DSM-5, APA 2013). Les symptômes de l'ÉSPT peuvent apparaître rapidement après l'évènement ou être différés dans le temps et refaire surface beaucoup plus tard suite à un évènement

déclencheur. L'intensité et la durée de l'ÉSPT sont très variables, allant de quelques semaines à plusieurs années. La définition de l'ÉSPT a d'ailleurs été élargie avec l'arrivée de la dernière version du manuel des troubles mentaux (DSM-5, APA, 2013) et elle inclue maintenant les individus ayant appris qu'un évènement traumatique s'est produit ou ayant été exposés de manière répétée aux détails aversifs d'évènements traumatiques (les enfants de parents traumatisés ou les ambulanciers, par exemple). Des chercheurs ont classé les évènements traumatiques en deux catégories : type I et type II. Les évènements de type I sont généralement des évènements soudains, inattendus et d'une durée limitée, par exemple un accident de la route, un désastre naturel ou un accident de travail. Quant à eux, les évènements de type II sont habituellement d'une longue durée, répétitifs, cumulatifs et infligés volontairement par un autre individu, par exemple la violence conjugale, les abus physiques et sexuels et la torture.

Dans la présente étude, lorsqu'il est question de personnes présentant des symptômes liés à l'état de stress post-traumatique, sans toutefois être certain que cette personne présente le diagnostic complet, le terme personne ayant des «symptômes de stress post-traumatique (symptômes de SPT) » sera utilisé.

2.3 Définition de l'intégration communautaire

Issu de la littérature sur les services de santé mentale, Wong et Solomon (2002) ont proposé un modèle conceptuel qui tente d'opérationnaliser le concept d'intégration communautaire. Pour ces auteurs, l'intégration communautaire doit inclure non seulement la présence physique de la personne dans la communauté, mais aussi le maintien de relations sociales avec d'autres membres de la communauté et le développement d'un sens de l'efficacité et d'appartenance avec la communauté. Une telle définition doit inclure trois dimensions, soit l'intégration physique, l'intégration sociale et l'intégration psychologique.

Dans ce qui suit, il sera présenté une adaptation du modèle conceptuel de l'intégration communautaire développé par Wong et Solomon (2002) en énumérant les

différents aspects qu'ils incluent dans chacune des dimensions et sous-dimensions du concept. La figure 1 présente d'abord un aperçu de cette adaptation du modèle.

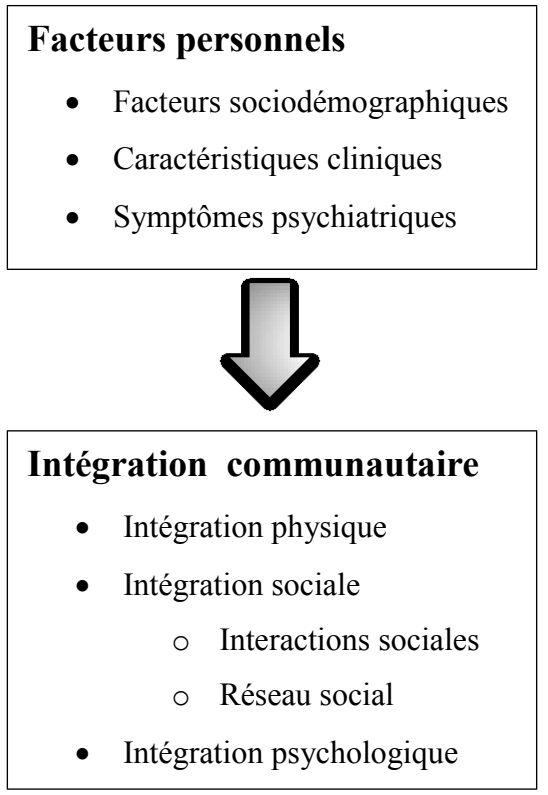

Figure 1

Adaptation du modèle de l'intégration communautaire de Wong et Solomon (2002)

2.3.1 L'intégration physique

L'intégration physique réfère au temps passé à faire une activité, au nombre d'activités auxquelles la personne a participé ainsi qu'aux biens et services utilisés. Ces activités doivent avoir eu lieu à l'extérieur de sa résidence et avoir été initiées de façon autonome (Segal et Everett-Dille, 1980 dans Wong et Solomon, 2002).

2.3.1 L'intégration sociale

L'intégration sociale se compose de deux sous-dimensions, soit a) les interactions et b) le réseau social.

La sous-dimension des interactions réfère à l'étendue à laquelle un individu s'engage dans des interactions sociales avec des personnes normatives[3] dans sa communauté. Les dimensions quantitative et qualitative de ces interactions doivent être prises en compte et celles-ci doivent prendre place à l'extérieur de sa résidence (Wolfensberger et Thomas, 1983 dans Wong et Solomon, 2002). En somme, il s'agit de savoir si la personne est en interaction avec d'autres personnes, connues ou inconnues, lorsqu'elle est présente à des activités à l'extérieur de sa résidence.

La sous-dimension du réseau social réfère, quant à elle, à la densité et la diversité du réseau social de soutien de l'individu, ainsi qu'à la variété des rôles sociaux adoptés par la personne. Cette sous-dimension implique également le degré auquel les relations sociales sont positives et réciproques plutôt que stressantes pour la personne et dépendante vis-à-vis des autres (Fellin, 1993; Storey, 1993 dans Wong et Solomon, 2002). En incluant autant les activités à l'extérieur et à l'intérieur de sa résidence, on vérifie si la personne entretient des liens avec un nombre suffisant de gens, si ces liens sont de bonne qualité et si ceux-ci lui permettent de jouer des rôles sociaux variés (fratrie, parents, voisin, collègue de travail, partenaire amoureux) vis-à-vis de son entourage.

2.3.1 L'intégration psychologique

L'intégration psychologique réfère au sentiment d'une personne de faire partie de la communauté, à l'étendue de l'expression d'une connexion émotionnelle avec son voisinage, à sa croyance en ses habiletés à satisfaire ses besoins dans son voisinage ou son quartier et à sa croyance en sa capacité d'exercer une influence dans la communauté (Aubry

[3] Dans cette étude, le terme «personnes normatives» référera aux personnes respectant les règles et les normes sociales (lois, valeurs sociales).

et Myner, 1996; McMillan et Chavis, 1986 dans Wong et Solomon, 2002). Une étude ultérieure de Gulcur, Tsemberis, Stefancic et Greenwood (2007) ayant testé empiriquement le modèle de l'intégration communautaire de Wong et Solomon spécifie, par l'analyse factorielle, la présence de la satisfaction à l'égard de différents domaines de la vie (satisfaction à l'égard de son quartier et de son logement) comme élément supplémentaire permettant d'opérationnaliser l'intégration psychologique.

2.3.1 Les facteurs personnels

Wong et Solomon (2002) ont également identifié des facteurs prédicteurs susceptibles d'influencer l'intégration communautaire. En adaptant le modèle de Moos et ces associés (Moos, 1997; Moos et Lemke, 1996), ils ont identifié trois types de facteurs liés aux caractéristiques du programme ou de l'établissement offrant un service pour personnes ayant un problème de santé mentale. Puis, un quatrième facteur est lié aux caractéristiques personnelles de l'individu. Ce dernier facteur comprend les aspects sociodémographiques (âge, ethnie, sexe, statut socioéconomique), le niveau de santé physique, le fonctionnement psychosocial, les caractéristiques cliniques (p. ex. la présence de comorbidité), la chronicité et la sévérité des symptômes psychiatriques, le fait d'avoir un milieu de vie stable et le fait de vivre seul ou avec une autre personne (partenaire ou un enfant). Seuls les facteurs sociodémographiques et la sévérité des symptômes psychiatriques seront considérés dans la présente étude.

Les études ayant testé empiriquement les caractéristiques personnelles indiquent qu'une meilleure intégration physique est associée au fait d'être plus jeune (Kruzich, 1985; Nagy, Fisher et Tessler, 1988 dans Gulcur et *al.,* 2007), à un niveau plus élevé de fonctionnement psychosocial (Kruzich, 1985 dans Gulcur et *al*., 2007), à de meilleures compétences sociales (Kennedy, 1989 dans Gulcur et *al*., 2007) et à un niveau plus bas de psychopathologies (Segal et Everett-Dille, 1980; Timko et Moos, 1998 dans Gulcur et *al*., 2007). Une meilleure intégration communautaire est associée à une meilleure satisfaction à l'égard de la situation actuelle de logement (Silverman et Segal, 1994 dans Wong et Solomon, 2002) et au fait d'être blanc (Nagy et al., 1988 dans Wong et Solomon, 2002).

Quoique ces facteurs aient été étudiés empiriquement, ils l'ont été auprès de personnes présentant une diversité de troubles psychiatriques et ne sont donc pas spécifiques aux personnes présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT.

3. CONSOMATION PROBLÉMATIQUE DE PSYCHOTROPES, SYMPTÔMES DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE

Tel qu'introduit précédemment, le réseau social des personnes ayant une CPP est habituellement de faible densité (O'Dell, Turner et Weaver, 1998). La sévérité des symptômes de SPT amèneraient également une intégration communautaire de moins bonne qualité (Ozer, Best, Lipsey, et Weiss, 2008). En ce sens, les personnes qui présentent à la fois une CPP et des symptômes de SPT seraient doublement à risque de présenter une intégration communautaire déficitaire et fragilisée par l'isolement social, l'itinérance et l'absence d'emploi (Mueser, Bellack et Blanchard, 1992 dans MacDonald, Luxmoore, Pica, Tanti, Blackman, Catford, et Stockton, 2004). Or, les connaissances à ce niveau demeurent limitées. En effet, les études spécifiques à cette population sont rares (Simoneau et Guay, 2008), ce qui pourrait être expliqué par le fait que les personnes ayant une CPP sont exclues dans environ deux tiers des études portant sur l'ÉSPT (Spinazzola, Blaustein, et Kolk, 2005).

Bien que les personnes qui présentent à la fois une CPP et des symptômes de SPT sont parmi les clientèles qui nécessiteraient le plus de soutien professionnel, faute de connaissances, ils sont ceux qui bénéficieraient de moins de programmes de traitement (Simoneau et Guay, 2008). Parmi ceux qui bénéficient d'un traitement, on constate «qu'un an après la fin du traitement, les usagers présentent plus de difficultés sur les plans psychologique, médical, familial, légal et de l'emploi que ceux qui n'ont qu'une CPP ou qu'une CPP accompagnée d'un trouble de santé mentale autre que l'ÉSPT» (Rosen, Ouimette, Sheikh, Gregg et Moos, 2002 dans Simoneau et Guay, 2008). La cooccurrence de troubles et les conséquences qui en découlent amènent également les individus à utiliser plus fréquemment les services de santé que les personnes ne présentant qu'une CPP ou qu'un ÉSPT (Mills et al., 2005).

En somme, la présence d'une CPP et des symptômes de SPT augmente la complexité et la sévérité du portrait clinique de ces personnes, réduisant leur chance de succès dans les traitements et nuisant à leur intégration communautaire. Faute de soutien, cette faible intégration communautaire confine, en retour, l'individu dans une situation plus à risque de maintenir, voire amplifier, les symptômes associés à une CPP et aux symptômes de SPT (Corrigan et *al*., 2008). Une étude épidémiologique récente montre qu'une faible diversité de rôles sociaux est associée au maintien des symptômes de SPT chez les personnes ayant vécu un événement traumatique et ayant une CCP (Platt, Keyes, et Koenen, 2014). De plus, il est démontré que l'isolement sociale prive les personnes qui présentent à la fois une CPP et des symptômes de SPT d'une intégration communautaire de qualité (Erickson, Beiser et Iacono, 1998 dans MacDonald, et al., 2004).

Afin de pallier au manque de connaissances liant la CPP, les symptômes de SPT et l'intégration communautaire et, par le fait même tenter d'améliorer les programmes qui sont offerts à cette clientèle, deux questions ont orienté le travail de recension pour la présente étude.

4. QUESTIONS DE RECENSION

1. Quelle est la qualité de l'intégration communautaire, telle que conceptualisée par Wong et Solomon (2002), chez les personnes présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT ?

2. Est-ce que la qualité de l'intégration communautaire, chez les personnes présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT, varie en fonction de la sévérité de ces deux problématiques ?

DEUXIÈME CHAPITRE
LA RECENSION DES ÉCRITS

Dans ce chapitre, la méthode de recension employée pour répondre aux questions précédemment posées sera détaillée. Ensuite, une description des principales caractéristiques méthodologiques des études recensées sera exposée avant que ne soient présentés les éléments pertinents apportant des réponses aux questions de recension. Enfin, une synthèse des résultats abordant les limites relevées dans les études sera exposée permettant d'élaborer les objectifs du présent projet de recherche.

1. MÉTHODE DE RECENSION

Une première recherche dans les banques de données a été réalisée à partir des questions de recension identifiées précédemment. Considérant le faible taux d'articles recensés, il a été nécessaire d'élargir les questions de recension en englobant la cooccurrence de la CPP et d'un autre problème de santé mentale que les symptômes de SPT.

Pour ce faire, les banques de données consultées ont été *PsycINFO*, *PubMED* et *SocINDEX* pour le contenu anglophone et *PASCAL* et *Érudit* pour la recherche de textes francophones. Quatre ensembles de mots clefs ont été utilisés dans cette recherche. Un ensemble de mots clefs était relatif à la variable dépendante (intégration communautaire) et trois ensembles de mots clefs étaient relatifs à la population ciblée (consommation problématique de psychotropes, problème de santé mentale, concomitance des problématiques). En ce qui a trait à la méthode de saisie des mots clefs à l'intérieur de ces banques de données, chacun des mots clefs d'un même ensemble a été séparé par la commande « OU » et chacun des quatre ensembles a été séparé par la commande « ET ». L'ensemble des mots clefs utilisés est présenté dans le tableau 1.

Au total, 121 études ont été recensées dans les banques de données et ont fait l'objet d'une sélection à partir de critères d'inclusions et d'exclusions précis. Pour être conservées, les études devaient présenter les critères d'inclusion suivants : a) être une recherche

empirique, b) l'échantillon devait être composé d'adultes de 18 ans et plus, c) l'échantillon devait être composé de personnes ayant à la fois une consommation problématique de psychotropes et une problématique de santé mentale, d) l'étude devait évaluer au moins une dimension de l'intégration communautaire (p. ex. le réseau social, la participation à des activités et loisirs).

Tableau 1
Mots clefs utilisés lors de la recherche de documents à partir de banques de données et des sites internet de revues francophones spécialisées

Intégration communautaire	Consommation problématique de psychotropes	Problème de santé mentale	Concomitance des problématiques
Mots clefs Anglophones			
social integration, social involvement, social networks, social participation, social role, social reintegration, community integration, social inclusion, social isolation, belonging, social marginality	substance abuse, substance use, substance use disorder, drug abuse, drug addiction, drug dependence, drug use, alcohol abuse, alcohol addiction, alcohol dependence, drug dependency alcohol intoxication, alcoholism	posttraumatic stress disorder(s), PTSD, mental illness, psychiatric disorder(s), mental disorder(s), sexual abuse(s), physical abuse(s), trauma, acute stress disorder(s)	dual diagnosis, comorbidity, co-occurring, cooccurring, co occurring
Mots clefs francophones			
intégration sociale, réseau social, inclusion sociale	Toxicomanie, substance(s) toxicomanogène(s), abus de substance(s) psychotrope(s)	ÉSPT, santé mentale, stress post-traumatique	concomitant(s), concomitance

Parmi les études portant sur les questions de recension et respectant les critères d'inclusion (n=14), certaines ont tout de même été rejetées en raison de critères d'exclusion. Deux catégories de critères d'exclusion ont été utilisées dans cette recension :

a) l'échantillon est composé exclusivement d'anciens combattants, de réfugiés, de personnes âgées de 65 ans et plus, de personnes sans domicile fixe ou de personnes d'une ethnie autre que caucasienne;

b) l'étude évalue exclusivement l'isolement social.

Des 14 études initialement recensées, six études anglophones ont été conservées et analysées plus en profondeur.

À partir des six études sélectionnées issues des banques de données, l'analyse de la liste des références bibliographiques de ces études a été réalisée afin de trouver des études supplémentaires. Les bibliographies des six études sélectionnées contenaient en tout 245 références. Une première sélection a été réalisée en lisant les titres de ces références. Ceux qui évoquaient dans leur titre la population concernée dans cette étude (concomitance d'une CPP et d'un trouble de santé mentale) et un concept lié à l'intégration communautaire (p. ex. le réseau social, les rôles sociaux, la participation à des activités et loisirs) ont été retenus pour une seconde sélection. Sept études ont ainsi été lues et jugées selon les critères d'inclusion et d'exclusion précédemment mentionnés. Suite à la lecture de ces études, six d'entre elles ont été rejetées. Quatre d'entre elles ne portaient pas sur un échantillon ayant des troubles concomitants. Deux études n'étaient pas des études empiriques. Ainsi, une seule étude a été sélectionnée par cette méthode de recension.

Suite à la recherche sur les banques de données et par les listes de références, comme seules des études anglophones avaient été recensées, les sites internet de revues francophones spécialisées en dépendance *Drogues, santé et Société, Alcoologie et Addictologie* et *Psychotropes* ont également été consultés. En tout, 80 études ont été recensées à l'aide des mots clefs présentés dans le tableau 1. Parmi celles-ci, aucune ne respectait les critères d'inclusion mentionnés précédemment.

En somme, les différents moyens utilisés pour recenser des études répondant aux questions de la présente recherche ont permis de retenir sept études scientifiques.

2. CARACTÉRISTIQUES DES ÉTUDES RECENSÉES

Les tableaux de recensions mis en annexe (voir annexe A) présentent les caractéristiques principales des études recensées. Ces caractéristiques sont également détaillées dans cette section et présentés de façon synthèse dans le tableau 2.

En ce qui a trait à la méthodologie employée, trois études permettent de répondre uniquement à la première question de recension (Mowbray, Ribisl, Solomon, Luke, et Kewson, 1997; Ribisl et Luke, 1993; Stenius, Veysey, Hamilton, et Andersen, 2005). Deux d'entre elles sont de type longitudinal (Ribisl et Luke, 1993; Stenius et *al*., 2005) et une, de type transversal (Mowbray et *al*., 1997). Par contre, bien que les études de Ribisl et Luke (1993) et Stenius et *al.* (2005) sont longitudinales, les données utilisées sont celles recueillies au premier temps de mesure seulement et son donc sont de type transversal. Quatre autres études, de type transversal, ont permis de répondre à la seconde question de recension (Carey, Carey et Simons, 2003; Dutton et *al.,* 2014; MacDonald et *al*., 2004; Tracy et Johnson, 2007). En somme, les sept études recensées fournissent des résultats obtenus par des mesures transversales (Carey et *al*., 2003; Dutton et *al*., 2014; MacDonald et *al*., 2004; Mowbray et *al*., 1997; Ribisl et Luke, 1993; Stenius et *al*., 2005; Tracy et Johnson, 2007). Un devis quantitatif est présent dans l'ensemble des études (Carey et *al*., 2003; Dutton et *al*., 2014; MacDonald et *al*., 2004; Mowbray et *al*., 1997; Ribisl et Luke, 1993; Stenius et *al*., 2005; Tracy et Johnson, 2007).

Parmi les études permettant de répondre à la première question de recension, en lien avec l'échantillonnage réalisé, une a divisé son échantillon sur la base du genre et de l'âge des participants (Mowbray et *al*., 1997). Parmi les études permettant de répondre à la

Tableau 2
Présentation synthèse des caractéristiques méthodologiques des études recensées

Auteur	Échantillon						Devis			VI	Intégration communautaire
	N	Âge	% femme	% de l'ethnie majoritaire	CPP	SSPT	Question de recension répondue	Descriptif/ corrélationnel/ Régression multiple	Longitudinal / transversal		
Ribisl et Luke (1993)	395	33 ans (7.2)	26%	77% afro-américain	X		#1	Descriptif	T	N/A	RSS (densité, diversité)
Mowbray et al. (1997)	467	33 ans (7.1)	26%	77% Afro-américain	X		#1	Descriptif et Corrélationnel	T	Âge, genre	RSS (densité, diversité, QR); US; PA.
Stenius et al. (2005)	186	37 ans (8.7)	100%	88.7% Caucasiens	X		#1	Descriptif	T	N/A	RS
Carey, Carey et Simons (2003)	56	38 ans (8,6)	23%	86% caucasien	X		#2	Analyse statistique univariée; Régression multiple	T	CPP	PA; RS
Dutton et *al*. (2014)	2766	43 ans (N/D)	N/D	N/D	X	X	#2	Régression multiple	T	PSM, CPP	QR
MacDonald et al. (2004)	34	34 ans (8.6)	36%	N/D	X		#1 et #2	Descriptif et corrélationnel	T	CPP	RSS (densité, diversité).
Tracy et Johnson (2007)	136	34 ans (N/D)	100%	82% d'Afro-Américaine	X		#1 et #2	Descriptif et corrélationnel	T	PSM	RSS (densité, diversité, QR)

Liste des abréviations : variable indépendante (VI), problèmes de santé mentale (PSM), réseau social de soutien (RSS), utilisation de services (US), participation à des activités et loisirs (PA), qualité des relations sociales et/ou familiales (QR), rôle sociaux (RS)

seconde question de recension, deux comparaient des groupes formés à partir du niveau de sévérité des problèmes de consommation de psychotropes des participants (Carey et *al*., 2003; MacDonald et *al*., 2004) et une a fait la comparaison entre des groupes formés à partir d'un niveau de sévérité des problèmes de santé mentale (Tracy et Johnson, 2007). Une seule étude comparait un groupe de participants ayant à la fois une consommation problématique de psychotropes et un état de stress post-traumatique à des groupes ayant soit l'une ou l'autre de ces deux problématiques ou encore une absence de ceux-ci (Dutton et *al*., 2014). Ces études présentaient donc des résultats permettant d'identifier si la sévérité de l'une ou de l'autre des problématiques à l'étude influence l'intégration communautaire des personnes présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT. Par contre, seule l'étude de Dutton et *al.* (2014) offrait simultanément des résultats sur l'influence des deux problématiques et permettait de savoir si une, par rapport à l'autre problématique, avait plus d'impact sur l'intégration communautaire.

L'ensemble des études porte sur des adultes âgés en moyenne de 33 à 43 ans (Carey et *al*., 2003; Dutton et *al*., 2014; MacDonald et *al*., 2004; Mowbray et *al*., 1997; Ribisl et Luke, 1993; Stenius et *al*., 2005; Tracy et Johnson, 2007). Cinq études ont un échantillon comprenant des hommes et des femmes (Carey et *al*., 2003; Dutton et *al*., 2014; MacDonald et *al*., 2004; Mowbray et *al*., 1997; Ribisl et Luke, 1993) et deux études ont un échantillon composé de femmes uniquement (Stenius et *al*., 2005; Tracy et Johnson, 2007). Concernant les proportions de troubles de santé mentale présents dans les échantillons, trois études sont composées majoritairement de participants ayant un trouble sévère tel que la schizophrénie, un trouble de la personnalité, un trouble biologique, la bipolarité, un trouble schizoaffectif ou un trouble psychotique (Carey et *al*., 2003; MacDonald et *al*., 2004; Mowbray et *al*., 1997). Deux études comptent dans leur échantillon des participants ayant un trouble d'état de stress post-traumatique (Dutton et *al*., 2014; Tracy et Johnson, 2007), mais seule l'étude de Dutton et *al*. (2014) présente des résultats spécifiques pour cette population. Deux études ne donnent pas les proportions de troubles spécifiques de santé mentale dans leur échantillon (Ribisl et Luke, 1993; Stenius et *al*., 2005). Ainsi, six études ont été réalisées auprès de participants ayant à la fois une CPP et un diagnostic de trouble

de santé mentale n'étant pas spécifiquement l'ÉSPT (Carey et *al*., 2003; MacDonald et *al*., 2004; Mowbray et *al*., 1997; Ribisl et Luke, 1993; Stenius et *al*., 2005; Tracy et Johnson, 2007). Seule l'étude de Dutton et *al.* (2014) portait spécifiquement sur un échantillon de sujets ayant à la fois une consommation problématique de psychotropes et un trouble d'état de stress post-traumatique.

Selon le modèle conceptuel de Wong et Solomon (2002), la dimension de l'intégration physique est évaluée dans deux études (Carey et *al*., 2003; Mowbray et *al*., 1997). Ces deux études évaluent la composante liée à la participation à des activités ou des loisirs (Carey et *al*., 2003; Mowbray et *al*., 1997) et une évalue la composante liée à l'utilisation de biens et services (Mowbray et *al*., 1997). La dimension de l'intégration sociale se divise en deux sous-dimensions: celle des interactions sociales et celle du réseau social. Le réseau social des participants est documenté dans les sept études (Carey et *al*., 2003; Dutton et *al*., 2014; MacDonald et al., 2004; Mowbray et *al*., 1997; Ribisl et Luke, 1993; Stenius et *al*., 2005; Tracy et Johnson, 2007). Les différents éléments de cette sous-dimension sont le réseau social, la qualité des relations et l'appartenance à des rôles sociaux. Les caractéristiques du réseau social documentées sont la densité et la diversité du réseau évaluées dans quatre études (MacDonald et *al*., 2004; Mowbray et *al*., 1997; Ribisl et Luke, 1993; Tracy et Johnson, 2007), puis la qualité des relations évaluée dans trois études (Dutton et *al*., 2014; Mowbray et *al*., 1997; Tracy et Johnson, 2007) et les rôles sociaux dans deux d'entre elles (Stenius et *al*., 2005; Carey et al., 2003). En somme, seule la sous-dimension du réseau social a été couverte dans l'ensemble des études, mais aucune de ces études n'a étudié les trois aspects de cette sous-dimension à la fois. De même, aucune étude n'a abordé dans son ensemble les trois dimensions du modèle de Wong et Solomon (2002). En effet, la dimension de l'intégration psychologique et la sous-dimension des interactions sociales ne sont évaluées dans aucune des études recensées.

Lorsque l'on regarde de façon globale les caractéristiques des études recensées, le premier constat à réaliser est que la littérature portant précisément sur le lien entre la CPP, les symptômes de SPT et l'intégration communautaire a été évaluée dans une seule étude

(Dutton et *al*., 2014). Même lorsque la recension est élargie à l'ensemble des problèmes de santé mentale, incluant ou non les symptômes de SPT, la littérature est mince et les études sont en mesure de répondre seulement à certains aspects des questions de la présente recherche.

3. PRÉSENTATION DÉTAILLÉE DES ÉTUDES RECENSÉES

Dans cette partie, chacune des études sélectionnées sera décrite en détail. Les études seront présentées en fonction de la ou les questions de recension à laquelle ou auxquelles elles répondent. En terminant, les principaux résultats apportant des connaissances relatives aux deux questions de recensions seront discutés.

3.1 Études répondants à la première question de recension

La première étude retenue est celle de Ribisl et Luke, publiée en 1993. Cette étude longitudinale a été réalisée avec des patients d'un hôpital public en psychiatrie et avait pour objectif de décrire la qualité de l'intégration communautaire chez les personnes ayant à la fois une CPP et un trouble grave de santé mentale. Toutefois, les auteurs ne nomment pas de quels troubles il s'agit. L'échantillon est composé de 395 personnes, dont 26 % sont des femmes. Une mesure de prétest est utilisée pour présenter une description des caractéristiques du réseau social des participants et ensuite la comparer à une mesure prise deux mois après la fin du traitement. Les caractéristiques de l'intégration communautaire évaluées sont la densité et la diversité du réseau social de soutien et sont obtenues par la passation d'une version adaptée du questionnaire de McCallister et Fisher (1983). Les résultats indiquent que la densité du réseau des personnes jumelant une CPP et un trouble grave de santé mentale est en moyenne de 5,3 membres (é. t.=3,5) et varie de 0 à 20 membres. Leur réseau est composé en moyenne de 57 % de membres de la famille, de 27 % d'amis, de 6,8 % d'autres personnes significatives, de 5,8 % de membres d'un groupe de soutien et de 3,4 % de membres ayant un autre statut (professionnels, collègues de travail, colocataire, Dieu et animaux de compagnie). Les auteurs rapportent une diminution

significative de la densité du réseau social et du nombre moyen d'amis et de membres de la famille dans le réseau social des participants, mais une augmentation significative du nombre moyen de professionnels entre la mesure de prétest et celle du suivi qui a lieu deux mois après la fin du traitement. Cette diminution du nombre d'amis et de membres de la famille n'est pas expliquée par les auteurs. Enfin, ces auteurs ne rapportent aucune limite à leur étude, ni de recommandation pour les futures études.

La seconde étude retenue est celle de Mowbray et *al*., publiée en 1997. Cette étude transversale a été menée auprès de patients d'un hôpital public en psychiatrie et avait pour objectif de décrire la qualité de l'intégration communautaire chez les personnes ayant à la fois un problème de consommation de psychotrope et un diagnostic primaire de santé mentale (schizophrénie, schizophrénie affective, trouble affectif majeur, trouble affectif moyen, trouble de la personnalité ou d'adaptation, troubles de l'humeur organiques [DSM-III-R; APA, 1987]). Une comparaison de la qualité de l'intégration communautaire est également faite entre des groupes formés sur la base de l'âge (33 ans et moins et 34 ans et plus) et du genre des participants. L'échantillon de l'étude est composé de 467 personnes âgées en moyenne de 33 ans (é. t.=7,1), dont 26 % de femmes. Le nombre de participants pour chacun des groupes n'est pas mentionné par les auteurs. Les diagnostics des participants ont été attribués par des professionnels de l'hôpital à l'aide d'une entrevue clinique et de tests psychiatriques lorsque jugés nécessaires par l'établissement de santé. Par contre, les tests psychiatriques utilisés ne sont pas identifiés. Les caractéristiques évaluées de l'intégration communautaire sont la densité et la diversité du réseau social de soutien, la qualité des relations entre le participant et les membres de son réseau, l'utilisation de groupes de soutien par les pairs dans les 30 derniers jours et la participation à des activités et des loisirs dans la dernière semaine. La qualité des relations est rapportée en terme de manque de proximité avec les parents et de conflits sérieux avec la famille dans les 30 derniers jours précédant l'hospitalisation. L'outil utilisé pour évaluer le réseau social de soutien n'est pas mentionné. La qualité des relations et l'utilisation de groupes de soutien ont été évaluées à l'aide des échelles portant sur le domaine familial et social de l'*Addiction Severity Index* (ASI, McLellan et *al*., 1980) et la participation à des activités et

des loisirs par une échelle adaptée du questionnaire Q*uality of life interview for the chronically mentally ill* (Lehman, 1988). Les résultats indiquent que la densité du réseau est en moyenne de 5,35 membres (é. t. =N/D). Il est composé de proches à 57 %, d'amis à 34 % et de membres ayant un autre statut, incluant les professionnels, à 10 %. La qualité des relations avec la famille et les amis est qualifiée comme étant problématique par les auteurs. Les participants ont rapporté qu'ils manquaient de proximité avec la mère dans 27,3 % des cas et avec le père dans 51,1 % des cas. Près de 11 % des participants rapportent avoir des conflits sérieux avec leur famille. Concernant l'utilisation des services, les auteurs trouvent surprenant qu'un groupe de soutien par les pairs de type Alcoolique Anonyme ou Narcotique Anonyme a été utilisé par seulement 30 % des participants, alors que plus du deux tiers des participants ont été hospitalisés pour des problèmes psychiatriques, et ce pour un nombre médian de trois hospitalisations. Cela supporterait, selon eux, l'affirmation souvent répétée que les personnes vivant à la fois avec une CPP et un problème de santé mentale sont moins acceptées dans ce genre de service. Des 17 activités présentes dans le questionnaire, les participants ont rapporté en pratiquer en moyenne 8,63 (é.-t.=3,38) dans la dernière semaine, suggérant, selon les auteurs, peu de participation et de diversité dans leur environnent social. Aucune différence significative n'a été trouvée entre les deux groupes d'âge par rapport à l'ensemble des variables décrites ci-haut. Toutefois, une différence significative selon le genre du participant a été trouvée. Un plus grand pourcentage d'hommes que de femmes ont rapporté utiliser des groupes de soutien. Il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes sur les variables du réseau social et de la qualité des relations et la participation aux activités. Aucun résultat n'est observé lorsque les auteurs comparent la qualité de l'intégration communautaire selon la problématique de santé mentale présentée, ce qui peut suggérer que ce serait la sévérité des problèmes plutôt que leur nature qui puisse influencer le niveau de fonctionnement social des personnes ayant une double problématique. Les auteurs rapportent certaines limites à leur étude, soit l'utilisation de méthodes auto-rapportées lors de l'évaluation des problèmes d'abus de substances et la limite de la généralisation des résultats à d'autres clientèles que celle étudiée.

La troisième étude sélectionnée est celle de Stenius et *al*., publiée en 2005. Cette étude a été menée auprès de patientes suivant un traitement en communauté et avait comme objectif de décrire les rôles sociaux chez les femmes ayant à la fois une consommation problématique de psychotropes et un trouble de santé mentale, en plus d'avoir subi des abus, sexuels ou physiques, au cours de leur vie. La nature des troubles de santé mentale n'est pas indiquée par les auteurs. L'échantillon est composé de 186 femmes, dont 40 % d'entre elles suivent un programme spécial de thérapie ciblant les traumas et le développement de nouveaux rôles sociaux. Les résultats sont toutefois présentés sans tenir compte de la nature du traitement. Ainsi pour l'ensemble de l'échantillon, les rôles sociaux sont évalués à partir d'un questionnaire de type autorapporté, dans lequel les participantes sont libres de choisir le ou les rôles qui les représentent parmi une liste. Les résultats indiquent que le rôle de mère a été identifié par 82 % des participantes, de travailleur/employé chez 33 %, de donneur de soin chez 66 %, d'amis chez 84 %, d'athlète chez 15 %, de personne de foi/personne spirituelle chez 59 %, de voisin chez 43 %, de fille chez 62 %, d'écrivain/artiste/musicien chez 34 %, d'étudiantes chez 17 % et de partenaire/femme chez 44 % des femmes. Ces auteurs ne rapportent aucune limite, ni de recommandation reliée à leur étude.

3.2 Étude répondant à la seconde question de recension

La quatrième étude est celle de Dutton et *al*. publiée en 2014. Cette étude, réalisée dans 48 États américains, examine les données du *National Comorbidity Survey-Replication* (NCS-R; Kessler et Merikangas, 2004), administré lors d'une étude épidémiologique représentative de la population anglophone. L'objectif de l'étude est de vérifier l'association entre l'intensité des problèmes de santé mentale et la qualité du réseau social des personnes ayant à la fois une dépendance à l'alcool et un état de stress post-traumatique. L'échantillon est composé de 2766 participants dont 53% sont des femmes. Quatre groupes ont été créés à partir de l'échantillon total : (1) les participants n'ayant jamais eu de diagnostic de trouble de santé mentale au cours de leur vie (N=2181); (2) les participants ayant ou ayant déjà eu au cours de leur vie un diagnostic d'état de stress post-

traumatique (N=304); (3) les participants ayant actuellement ou ayant déjà eu au cours de leur vie un diagnostic de dépendance à l'alcool (N=225); (4) les participants ayant actuellement ou ayant déjà eu, simultanément, au cours de leur vie un diagnostic de dépendance à l'alcool et d'état de stress post-traumatique (N=56). La dépendance à l'alcool et l'état de stress post-traumatique ont été diagnostiqués par une entrevue structurée, la *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI; Kessler et Üstün, 2004), administrée par un professionnel formé et supervisé. Les diagnostics correspondent aux définitions des troubles données dans le DSM-IV (APA, 1994). L'aspect de l'intégration communautaire étudié est la qualité du réseau social des participants. Il s'agit plus précisément de l'étude de la proximité, définie comme le fait de se sentir proche ou d'être capable de s'ouvrir aux autres, et de l'étude des conflits relationnels, définis par la fréquence des conflits et de demandes d'aide faites pour ce problème. La proximité et les conflits relationnels ont tous deux été évalués à l'aide de l'outil *National Comorbidity Survey* dans lequel un score élevé indique un réseau social de mauvaise qualité. Les groupes ont été comparés afin de vérifier si la présence des deux problématiques amène plus de difficultés dans le réseau social que la présence d'une problématique uniquement ou encore que l'absence de ces deux problématiques. Les résultats montrent qu'au niveau de la proximité, seul le contraste entre le groupe de comorbidité (groupe 4) et le groupe sans diagnostic (groupe 1) diffère significativement. Le groupe de comorbidité a rapporté se sentir moins proche ou être moins capable de s'ouvrir aux autres que le groupe sans diagnostique. Toutefois, cette différence n'est plus présente lorsque des variables de contrôle (âge, sexe, revenu annuel, présence de trouble panique et de la phobie sociale) sont intégrées aux analyses (ANCOVA). Des différences significatives sont observées entre les groupes lorsqu'ils sont comparés sur les conflits relationnels et ce, même lorsque les variables de contrôle sont introduites dans le modèle d'analyse. Les deux groupes de participants ayant une seule des deux problématiques (groupe 2 et 3) ainsi que le groupe ayant à la fois les deux problématiques (groupe 4) rapportent significativement plus de conflits que ceux du groupe sans diagnostic (groupe 1). Il n'y a pas différence significative dans l'ensemble des analyses entre les groupes de participants ayant une seule des deux problématiques et le groupe ayant les deux à la fois. D'une part, les auteurs concluent que

le fait de présenter à la fois une dépendance à l'alcool et un état de stress post-traumatique n'affecte peut-être pas négativement le réseau social en général, mais plutôt certains aspects. D'autre part, il est possible que les effets négatifs de la présence des deux problématiques aient une influence minime sur les conflits relationnels en raison de la présence de conflits graves déjà présents lorsque la personne a l'une ou l'autre des deux problématiques. Les auteurs ont relevé deux limites méthodologiques à leur étude, soit la présence d'un devis transversal ne permettant pas de reconnaître l'ordre dans lequel les problèmes surviennent dans le temps et les analyses corrélationnelles ne pouvant pas rendre compte des causes sous-jacentes aux relations trouvées dans cette étude.

La cinquième étude est celle de Carey et *al*., publiée en 2003. Cette étude a été menée auprès de patients de la clinique externe d'un l'hôpital public de psychiatrie et avait comme objectif de vérifier l'association entre la qualité de l'intégration communautaire et la sévérité de la consommation problématique de psychotropes chez les personnes ayant déjà un diagnostic primaire de santé mentale [schizophrénie, trouble bipolaire, trouble schizoaffectif (DSM-III-R, APA 1987)]. L'échantillon est composé de 56 personnes dont 23 % sont des femmes. Trois groupes ont été créés à partir de l'échantillon total : (1) les participants qui n'ont jamais eu de trouble lié à l'utilisation d'une substance (N=15); (2) les participants qui ont déjà eu un trouble lié à l'utilisation d'une substance au cours de leur vie, mais qui ne rencontrent plus les critères diagnostiques depuis au moins six mois (N=26); (3) les participants qui présentent actuellement le trouble lié à l'utilisation d'une substance (N=15). Les troubles de santé mentale ont été diagnostiqués à l'aide de l'outil *Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Patient Version* (SCID-P; Spitzer et *al.*, 1990). Les aspects de l'intégration communautaire étudiés sont la participation à des activités et loisirs ainsi que les rôles sociaux adoptés et ils sont évalués à l'aide du questionnaire autocomplété *Social assessment scale II* (SAS-II; Schooler, Hogarty et Weissman, 1979). Les résultats indiquent une seule différence significative entre les groupes lors d'analyses univariées. Les participants du second groupe ont un meilleur score que le premier groupe à l'échelle portant sur les rôles sociaux. Dans une analyse de régression, les résultats indiquent qu'un meilleur score à l'échelle d'« efficacité dans la réalisation de rôles

sociaux » est associé significativement au fait d'être dans le deuxième groupe. Aucune autre relation n'est significative lorsque les groupes sont comparés sur les deux variables sociales dans cette analyse statistique. Les auteurs rapportent certaines limites à leur étude : la sélection des participants sur une base volontaire uniquement, l'échantillon de petite taille, l'évaluation limitée des troubles de santé mentale et de l'intégration communautaire, l'utilisation de questionnaires autocomplétés et l'utilisation d'un devis transversal.

3.3 Études répondant, à la fois, à la première et la seconde question de recension

La sixième étude a été réalisée par MacDonald et *al*. et a été publiée en 2004. Cette étude transversale a été menée auprès de patient d'une clinique spécialisée et avait comme objectif de comparer la qualité de l'intégration communautaire selon la sévérité des problèmes de consommation de psychotropes chez les personnes ayant à la fois un problème de consommation et un trouble de santé mentale [schizophrénie, schizophrénie affective, trouble bipolaire, dépression majeure (DSM-IV, APA, 1994)]. Les moyens utilisés pour évaluer les troubles de santé mentale ne sont pas mentionnés. Pour atteindre l'objectif de l'étude, deux groupes sont créés à partir des résultats obtenus à l'outil *Substance Abuse Treatment Scale* (SATS; McHugo, Drake, Burton et Ackerson, 1995; Mueser et *al*., 1995). Le premier groupe (N=14) nommé « Stade avancé de changement » comprend les participants ayant montré une réduction évidente de leur consommation ou d'un travail en ce sens entre le début et la fin du traitement. Le second groupe (N=20) nommé « Stade précoce de changement » comprend les participants n'ayant montré aucune évidence concernant la réduction de la consommation ou d'un travail en ce sens pendant la même période de temps. L'échantillon est composé de 34 personnes, dont 36 % sont des femmes. Les caractéristiques de l'intégration communautaire étudiées sont la densité et la diversité du réseau social de soutien, évaluées à partir d'une version adaptée de l'outil *Social Relationship Scale* (Macdonald, Madden et Roods, 1996). Les résultats indiquent que pour le groupe « Stade précoce de changement », la valeur médiane de la densité du réseau social des participants est de quatre et varie entre un et onze membres. Pour la diversité du réseau social, la valeur médiane du nombre d'amis est de 1 (étd= 0-5), du

nombre de membres de la famille est de 2 (étd=0-6) et du nombre de professionnels est de 1 (étd=0-3). Pour le groupe « Stade avancé de changement », la valeur médiane de la densité du réseau social est de 4,5 et varie entre un et douze membres. Pour la diversité du réseau social, la valeur médiane du nombre d'amis est de 1 (étd= 0-8), du nombre de membres de la famille est de 2 (étd=0-4) et du nombre de professionnels est de 2 (étd=0-6). Il n'existe qu'une seule différence significative entre les groupes sur les variables présentées. Le réseau social des participants du groupe « Stade avancé de changement » comprend un plus grand nombre de professionnels. Les auteurs rapportent la petite taille des groupes comme étant la principale limite de leur étude.

La septième étude retenue est celle de Tracy et Johnson, publiée en 2007. Cette étude transversale a été menée auprès de 136 femmes provenant de trois sites, soit un service de traitement en résidence, un service de traitement en clinique externe et des femmes vivant en communauté. L'objectif de cette étude était de comparer la qualité de l'intégration communautaire entre deux groupes de femmes. Le premier groupe est composé de femmes ayant à la fois un trouble lié à l'utilisation d'une substance et au moins un trouble de santé mentale (DSM-IV, APA 1994) (N=77). Le second groupe est composé de femmes n'ayant qu'un trouble lié à l'utilisation d'une substance (N=53). Les femmes du premier groupe présentent un ou plusieurs diagnostics de santé mentale parmi les suivants : l'épisode dépressif majeur, l'état de stress post-traumatique, l'épisode maniaque et le trouble d'anxiété généralisée. Ces diagnostics ont été établis à l'aide de l'outil *Computerized Diagnostic Interview Schedule* (C-DIS ; Robins et *al*., 1999). Soulignons que les données descriptives des caractéristiques de l'intégration sociale présentées par les auteurs englobaient l'ensemble des participantes, dont seulement 57 % ont les deux problématiques à la fois. Les caractéristiques de l'intégration communautaire étudiées sont la densité et la diversité du réseau social de soutien ainsi que la qualité des relations entre les participants et les membres de son réseau évaluées à l'aide de l'outil *Social Network Map* (Tracy et Whittaker, 1990). Les résultats indiquent une densité moyenne du réseau social des participantes de 10,7 adultes (é. t = 5,0) et variant de 1 à 38 membres. Le nombre moyen de mineurs composant le réseau social des participantes est de trois et varie de zéro

à 10 membres. Le réseau social est composé en moyenne de 39 % de membres de la famille étendue, de 18 % d'amis, 13,8 % de professionnels, de 8 % de personnes d'une église ou organisation, de 6 % de compagnons d'école ou de travail, de 5 % de voisins et de 10 % de la famille nucléaire. Les participantes ont une relation réciproque avec un peu plus de 50 % des membres de leur réseau social. Une moyenne d'environ quatre membres du réseau social sont perçus comme « parfois » ou « presque toujours » négatifs dans leurs interactions avec la participante. Lors de la comparaison entre les deux groupes, en contrôlant pour le site de recrutement, les auteurs ne rapportent pas de différence significative par rapport à la densité et la diversité du réseau social. Les femmes du groupe ayant les deux problématiques perçoivent moins de réciprocité dans leur relation avec les membres de leur famille nucléaire. Des résultats similaires sont obtenus lorsque les auteurs utilisent les proportions moyennes au lieu du nombre de membres du réseau social. Ces auteurs rapportent certaines limites à leur étude : l'utilisation d'un devis transversal, l'utilisation de questionnaires autocomplétés sans vérification indépendante et le fait que la taille de l'échantillon n'offre pas une puissance statistique suffisante pour examiner l'effet de l'interaction entre les sites de recrutement et les deux groupes.

3.4 Synthèse des résultats et des limites

Il importe d'abord de souligner le faible nombre d'études (n=1) s'étant intéressées à des individus qui présentent une CPP et des symptômes de SPT spécifiquement. Il est donc difficile, voire impossible, de tirer quelconques conclusions spécifiques à ces individus. Ainsi, la présente synthèse inclut des conclusions quant à la qualité de l'intégration communautaire chez les personnes présentant une cooccurrence de troubles plus large soit celle de la CPP et des problèmes de santé mentale (incluant ou non les symptômes de SPT).

En somme, l'intégration communautaire chez les personnes présentant à la fois une CPP et un problème de santé mentale semble plutôt faible, tendant davantage vers l'isolement que vers l'intégration. À titre d'exemple, le réseau social de soutien de ces personnes serait composé d'entre 4 et 10 membres (MacDonald et *al*., 2004; Mowbray et

al., 1997; Ribisl et Luke, 1993; Tracy et Johnson, 2007). Or, un bon réseau social de soutien devrait compter minimalement une vingtaine d'individus (Mowbray, Quinn et Cranford, 2014). Ces résultats indiquent donc de façon convergente la faible densité du réseau des personnes présentant à la fois ces deux problématiques.

Les résultats montrent que le réseau social de soutien des personnes qui présentent à la fois une CPP et un problème de santé mentale est moyennement diversifié. En effet, le réseau social serait composé principalement de la famille élargie et de la famille nucléaire, représentant la moitié de la diversité du réseau des personnes présentant la double problématique (MacDonald et *al*., 2004; Mowbray et *al*., 1997; Ribisl et Luke, 1993; Tracy et Johnson, 2007). Il serait composé de moins d'amis, ceux-ci représentant entre 18 % et 33 % du réseau social (Mowbray et *al*., 1997; Ribisl et Luke, 1993; Tracy et Johnson, 2007). Les études ayant évalué le nombre de professionnels de la santé montrent que ceux-ci occuperaient une proportion semblable à celle du nombre d'amis (MacDonald et *al*., 2004; Tracy et Johnson, 2007). Une grande proportion de professionnels est normale en contexte de traitement et n'est pas vue, ici, comme négative puisque leur présence semble être un facteur de protection dans la diminution de la consommation de psychotropes (MacDonald et *al.*, 2004). Par ailleurs, tel que Wong et Solomon (2002) le définissent, l'intégration communautaire se produit avec des personnes, excluant les professionnels reliés au traitement de la personne. Il est donc favorable à l'intégration communautaire que le réseau social de soutien se compose plutôt de personnes provenant du réseau primaire de la personne, soit des membres de la famille, d'amis, de voisins, de collègues, de membres d'une association (Wong et Solomon, 2002). En ce qui concerne la densité et la diversité du réseau social, les hommes et les femmes qui ont, à la fois, une CPP et un problème de santé mentale, et ce, peu importe leur groupe d'âge, présenteraient un portrait comparable (Mowbray et *al*., 1997).

Au-delà de la densité et de la diversité du réseau social de soutien, la qualité des relations sociales a également été étudiée. Parmi les études s'étant intéressées à cette question, les résultats sont convergents et concernent autant les personnes ayant à la fois

une CPP et un problème de santé mentale autre que les symptômes de SPT que ceux ayant ce type de symptômes spécifiquement. Lorsque l'on regarde l'ensemble des résultats, les relations sont problématiques sur trois aspects. Le réseau social comporterait des relations conflictuelles importantes (conflits, critiques, demandes excessives) (Dutton et *al*., 2014; Mowbray et *al*., 1997; Tracy et Johnson, 2007) autant avec la famille (Mowbray et *al*., 1997) qu'avec les autres membres du réseau (Tracy et Johnson, 2007). Leurs relations seraient également peu réciproques (Dutton et *al*., 2014; Tracy et Johnson, 2007) et manqueraient généralement de proximité (Dutton et *al*., 2014; Tracy et Johnson, 2007), surtout avec les membres de la famille (Mowbray et *al*., 1997). Ces caractéristiques seraient vraies, peu importe le genre et l'âge de ces personnes (Mowbray et *al*., 1997). Ces types d'interactions sociales négatives avec l'entourage peuvent être hautement nuisibles et jouer un rôle central, plus important même que les relations positives, dans la santé psychologique des personnes en général (Bertera, 2005).

En réponse à la seconde question de recension, la sévérité des problèmes à l'étude influencerait en partie le réseau social de soutien. De façon convergente, les deux études ayant évalué la densité du réseau social de soutien indiquent que celui-ci ne serait pas influencé par l'augmentation de la consommation de psychotropes (MacDonald et *al*., 2004) ou par la sévérité d'un ou plusieurs troubles de santé mentale (Tracy et Johnson, 2007). Mais, la sévérité de la consommation aurait une influence sur la diversité du réseau social (MacDonald et *al*., 2004; Tracy et Johnson, 2007). Par rapport à la qualité des relations sociales, l'augmentation de la sévérité des troubles de santé mentale amènerait une diminution de la réciprocité entre la personne et sa famille (Tracy et Johnson, 2007).

La sévérité de la consommation de psychotropes semble aussi influencer les rôles sociaux adoptés par la personne (Carey et *al*., 2003), bien que celle-ci n'influencerait pas la participation à des activités sociales et des loisirs (Carey et *al*., 2003). Ainsi, les personnes ayant eu des problèmes de consommation de psychotropes au cours de leur vie tout en ayant un problème de santé mentale présenteraient un meilleur bilan au niveau de l'exécution des rôles sociaux que celles ayant un diagnostic unique de santé mentale (Carey

et *al*., 2003). Les hypothèses proposées par ces auteurs pour expliquer ce phénomène sont à l'effet que l'arrêt de la consommation crée de nouvelles opportunités sociales permettant à la personne de démontrer un meilleur niveau de fonctionnement social.

Enfin, l'intensité de la CPP et du SPT n'influencerait pas la qualité des relations tant au niveau de la proximité que de la présence de conflits relationnels, puisque ces difficultés relationnelles ne semblent pas être plus intenses chez les personnes ayant les deux problématiques que chez celles en ayant une seule des deux (Dutton et *al*., 2014).

Quoiqu'intéressantes, ces différentes études présentent des limites importantes. La plus importante est sans aucun doute la présence limitée d'études portant explicitement sur l'influence des symptômes de SPT sur l'intégration communautaire, chez les personnes présentant déjà une CPP. En effet, de toutes les études recensées, une seule (Dutton et *al*., 2014) concerne spécifiquement la population visée par les questions de recension. Les études recensées évaluent des caractéristiques de l'intégration communautaire auprès de personnes présentant plutôt une diversité de troubles de santé mentale. Or, la présence de symptômes de stress post-traumatique est une problématique en santé mentale reconnue pour être persistante et handicapante sur le plan relationnel (Ozer et *al.*, 2008).

Aucune étude recensée ne considère le modèle de l'intégration communautaire de Wong et Solomon (2002) dans son entièreté. Plus spécifiquement, la fréquentation de personnes normatives de la communauté, liée à la sous-dimension des interactions sociales et les différents éléments liés à la dimension de l'intégration psychologique (satisfaction à l'égard de leur situation de logement, la croyance en la capacité d'exercer une influence dans la communauté et auprès des personnes de son milieu, sentiment d'acceptation et satisfaction à l'égard de leur statut occupationnel), ne sont étudiés par aucune des études recensées. Pourtant, ces sous dimensions sont importantes, selon l'étude de Gulcur et *al*. (2007), qui ont testé par une analyse factorielle le modèle de Wong et Solomon (2002). L'intégration communautaire étant un concept important pour statuer sur le niveau de bien-être et de fonctionnement social des personnes ayant à la fois un problème de

consommation et un trouble de santé mentale, (Baumgartner et Susser, 2013), il convient de l'étudier dans son ensemble. Bien que l'intégration communautaire soit vue comme un concept multidimensionnel, la présente recension montre qu'elle a principalement été étudiée de façon unidimensionnelle ou de façon partielle.

Une seule étude a présenté les différences entre les hommes et les femmes, au niveau de la qualité de l'intégration communautaire (Mowbray et *al*., 1997). Or, la CPP et les symptômes de SPT ne se présentent pas de la même manière chez les hommes et les femmes, ce qui peut laisser croire que des différences peuvent aussi être quant à leur intégration communautaire. Des études supplémentaires semblent alors nécessaires.

Enfin, la majorité des études recensées ont un devis abordant d'une façon descriptive seulement la qualité de l'intégration communautaire, alors qu'il semble pertinent de la mettre en relation avec la sévérité de l'un ou de l'autre des problématiques à l'étude. Bien qu'un devis descriptif est nécessaire vu l'état limité des connaissances actuelles sur l'intégration communautaire des personnes ayant à la fois une CPP et des symptômes de SPT. Une étude corrélationnelle permettrait d'identifier la clientèle requérant davantage une intervention portant sur l'intégration communautaire.

4. OBJECTIFS POURSUIVIS

Pour pallier les limites de la littérature scientifique, le présent mémoire propose d'évaluer les trois domaines de l'intégration communautaire décrits dans le modèle conceptuel de Wong et Solomon (2002), soit l'intégration physique, sociale et psychologique chez des adultes, hommes et femmes, présentant à la fois une CPP et des SPT.

Le premier objectif vise à décrire et comparer l'intégration communautaire des hommes et des femmes présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT en considérant la dimension de l'intégration physique, de l'intégration sociale (sous-dimension

des interactions sociales, sous-dimension du réseau social) et de l'intégration psychologique.

Le second objectif vise à évaluer si la sévérité des symptômes de stress post-traumatique est liée à la qualité l'intégration communautaire des hommes et des femmes présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT. Plus particulièrement, cet objectif vise à connaître quelles sont les dimensions de l'intégration communautaire (physique, sociale, psychologique) les plus influencées par la sévérité des facteurs du stress post-traumatique (autoperturbation, stress post-traumatique, externalisation, somatisation) en contrôlant les variables sociodémographiques (genre, état civil, revenu familial, niveau d'étude).

TROISIÈME CHAPITRE
LA MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre présente la méthode qui a été utilisée pour atteindre les objectifs présentés à la fin du chapitre précédent. Il détaille plus spécifiquement le devis, l'échantillon, le déroulement de l'étude, les variables et instruments de mesure et les méthodes d'analyse des données.

1. DEVIS

La présente étude propose un devis transversal et quantitatif. Elle s'inscrit dans une étude plus large, menée auprès d'adultes présentant une CPP et des symptômes de SPT, réalisée par Laventure et Paquette, portant sur l'évaluation de la qualité de l'implantation et de l'efficacité du programme *Maître de sa vie* du Centre Portage de Québec.

2. ÉCHANTILLON

La sélection des participants au programme a été réalisée par les intervenants du Centre Portage de Québec. Parmi la clientèle régulière de l'organisme ayant une consommation problématique de psychotropes, celle qui avait rapporté à l'évaluation d'accueil des traumatismes à l'enfance a été invitée à participer au programme *Maître de sa vie*, et ce, sur la base du jugement clinique des intervenants du Centre Portage. La collecte de données a débuté en septembre 2014 et a été complétée au mois de novembre 2015.

L'échantillon de la présente étude est composé de 85 adultes âgés d'en moyenne 35,67 ans (é.t.=10,71), dont 48,2% sont des femmes. Une forte majorité de participants sont célibataires (87%). Le dernier niveau d'étude complété ne dépasse pas le secondaire quatre chez 42,4% des participants. Les autres niveaux d'études complétés sont le diplôme d'études secondaires (21,2%), le diplôme d'études professionnelle ou attestation d'études collégiales (22,4%), le diplôme d'études collégiales, l'école professionnelle ou l'équivalent (9,4%) ou un niveau universitaire (4,8%). Le revenu familial annuel (incluant les allocations, le chômage ou tout autre revenu, quel qu'il soit) était de moins de 11 999$ chez

près de la moitié de l'échantillon (45,2%).

L'ensemble des participants présente, en plus d'une CPP, une sévérité de symptômes de SPT. Tel qu'évalué avec le *Trauma Symptoms Inventory-2* (TSI-2, Briere, 2011), un outil faisant l'inventaire des symptômes de SPT (voir description de l'outil au point 4.2 du présent chapitre), les moyennes en score T sont de 61,18 (é.t.=11,4) pour le facteur d'autoperturbation, 63,14 (é.t.=10,5) pour le facteur de stress post-traumatique, 61,15 (é.t.=14,1) pour le facteur d'externalisation et 54,38 (é.t.=10,3) pour le facteur de somatisation. Toujours selon les résultats du TSI-2, 27,1 % des participants sont au-dessus seuil clinique[4] du facteur d'autoperturbation, 56,5 % sont au-dessus seuil clinique du facteur stress post-traumatique, 57,6 % sont au-dessus seuil clinique du facteur d'externalisation et 43,5% sont au-dessus seuil clinique du facteur somatisation.

3. DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Une attestation de conformité éthique a d'abord été allouée à madame Myriam Laventure par le comité d'éthique de la recherche en Éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke (présentée en annexe B). Du mois de septembre 2014 au mois de novembre 2015, lors de l'inscription dans le programme *Maître de sa vie*, les participants étaient sollicités par l'animateur en vue de participer au projet de recherche. Une semaine avant le début du programme, un assistant de recherche de l'équipe de recherche rencontrait les participants au programme afin de leur présenter le projet de recherche de manière détaillée et faire signer les formulaires de consentement aux personnes intéressées à participer à l'étude. Les participants ayant accepté de participer à l'étude complétaient ensuite le protocole d'évaluation. L'évaluation pré-programme a été assumée par des assistants de recherche qui soutenaient les participants dans la complétion de questionnaires auto-rapportés.

[4] Les scores au-dessus du seuil clinique indiquent que la personne présente des problèmes significatifs.

4. VARIABLES ET INSTRUMENTS DE MESURE

4.1 Données sociodémographiques

Les informations concernant les données sociodémographiques des participants ont été obtenues par la passation d'un questionnaire maison comprenant cinq questions transformées en autant de variables. Les questions ciblent des informations concernant le genre, l'âge, l'état civil, le niveau d'étude complété et le revenu familial annuel. Certaines variables sociodémographiques sont de type dichotomique (genre, état civil [personne seule, en union]). Tandis que d'autres sont de type ordinale (niveau d'étude complété, revenu familial annuel) ou d'échelle (âge). Pour le niveau d'étude complété, il s'agit d'une échelle de likert en quatre points (1= primaire; 2= secondaire; 3= collégial; 4= universitaire). Pour le revenu familial annuel, il s'agit également d'une échelle likert, mais en cinq points (1= 0$ - 11 999$; 2= 12 000$ - 24 999$; 3= 25 000$ - 39 999$; 4= 40 000$ - 69 999$; 5= 70 000$ et plus).

4.2 La sévérité des symptômes de stress post-traumatiques

La sévérité des symptômes post-traumatiques a été évaluée à l'aide du questionnaire *Trauma Symptoms Inventory-2* (TSI-2, Briere, 2011), complété en autorévélé. L'inventaire des symptômes traumatiques de Briere (2011) évalue la symptomatologie associée aux événements traumatiques vécus au cours de la vie. Le TSI-2 est conçu pour évaluer le stress post-traumatique et d'autres séquelles psychologiques associées à des événements traumatiques, y compris l'agression sexuelle et physique, la violence conjugale, la torture, les accidents de véhicules à moteur, les pertes traumatiques et l'abus ou la négligence à l'enfance.

Le TSI-2 est composé de 136 items de type Likert en quatre points (0 = jamais à 3 = souvent) qui évaluent un ensemble de symptômes associés au stress post-traumatique : la dissociation, la somatisation, le style d'attachement, l'affaiblissement de capacités et les

troubles de comportement. Le temps de passation est de 20 minutes. L'interprétation permet de classifier les réponses en quatre facteurs (autoperturbation, stress post-traumatique, externalisation et somatisation). Pour chacun de ces facteurs, un score T peut être établi. L'auteur du TSI-2 indique que les scores T compris entre 60 et 64 sont considérés comme étant problématiques (présence de symptômes plus élevée que la moyenne impliquant généralement des conséquences cliniques [Briere, 2011]) et qu'un score T au-dessus de 64 est considéré comme étant cliniquement significatif.

Le facteur d'autoperturbation reflète un dérangement ou une altération de la perception de soi et des autres (c.-à-d., schèmes relationnels altérés). La combinaison des difficultés (évitement relationnel, sensibilité au rejet, problèmes identitaires et dépression) du facteur de l'autoperturbation peut amener la personne à être ambivalente, insécure, à avoir des interactions problématiques avec les autres, à avoir tendance à dépendre des autres concernant des informations sur son identité, à être très susceptible de se faire influencer et à vivre des sentiments dépressifs.

Le facteur de stress post-traumatique représente les symptômes ou caractéristiques de l'ÉSPT et de l'état de stress aigu. Les individus rapportant un niveau élevé au facteur de stress post-traumatique ont tendance à rapporter une combinaison de *flashbacks,* cauchemars, souvenirs envahissants, évitement cognitif ou comportemental des stimuli liés à l'‘événement traumatique, hyper activation du système nerveux sympathique (p. ex., difficulté de sommeil, sursauter, irritabilité, hyper vigilance) et plusieurs symptômes de dissociation. Quoique ce facteur ne réfère pas à un type d'événements traumatiques spécifique, dans la plupart des cas, les répondants ayant un score élevé à ce facteur ont vécu un ou plusieurs traumatismes majeurs au cours de leur vie. Un score élevé à ce facteur suggère également une probabilité significative que l'individu satisfasse les critères diagnostiques de l'ÉSPT.

Le facteur d'externalisation concerne des comportements de colère et de réduction de tensions (automutilation, recherche d'adrénaline, trouble alimentaire, comportements

spectaculaires), la présence de dysfonctions sexuelles et de comportements suicidaires. Les personnes présentant un niveau élevé au facteur d'externalisation sont enclines à démontrer des comportements auto-destructeurs ou agressifs comme moyens de faire face à des sentiments intenses et désagréables (souvent liés à un événement traumatique) ou ont de faibles capacités d'autorégulation des affects. De tels passages à l'acte peuvent représenter de l'évitement. Un historique d'abus ou de négligence à l'enfance peut être associé à un score élevé.

Le facteur de somatisation indique la présence de préoccupations à propos de dysfonctions somatiques. Un score élevé à ce facteur peut indiquer une préoccupation générale à propos de sensations somatiques, et ce, pour une raison de dysfonction psychologique, ou en raison d'une maladie physique.

Des études de fidélité et de validité du TSI-2 ont été réalisées auprès de 1643 adultes (Briere, 2011). Les coefficients alpha du TSI-2 indiquent une excellente consistance interne tant pour les quatre facteurs (alpha variant de 0,77 à 0,93) que pour les 24 sous-échelles (alphas variant de 0,72 à 0,91). La fidélité test-retest du TSI-2 est excellente pour l'ensemble des échelles (r variant de 0,76 à 0,94), sauf pour la sous-échelle des comportements suicidaires (r = 0,15). Les différents facteurs et échelles du TSI-2 ont été comparés à plusieurs tests selon la nature des éléments évalués (*Trauma Symptom Inventory*-1, *Postraumatic Stress Scale*, *Experience in close Relationship-Revised*) pour évaluer la validité de convergence et la validité discriminante. Le TSI-2 démontre une forte validité de convergence et une forte validité discriminante selon le test avec lequel il est comparé.

Dans la présente étude, les scores T obtenus à chacun des quatre facteurs (autoperturbation, stress post-traumatique, externalisation, somatisation [variables continues]) ont été retenus afin de déterminer la sévérité des symptômes post-traumatiques.

4.3 Qualité de l'intégration communautaire

La qualité de l'intégration communautaire des participants a été évaluée à l'aide de la carte de réseau (Desmarais et al., 1982) et d'un questionnaire maison composé de 13 questions, basé sur le modèle conceptuel de l'intégration communautaire de Wong et Salomon (2002). Au total, pour qualifier le concept global de l'intégration communautaire, neuf variables ont donc été étudiées. Une variable à l'étude est de nature dichotomique (fréquentation de personnes normatives), les autres étant de nature continue (score de participation aux loisirs, score d'utilisation de ressources, densité du réseau social de soutien, diversité du réseau social de soutien, variété de rôles sociaux actuels, score de satisfaction des relations sociales, score de relations significatives et réciproques et score d'intégration psychologique).

4.3.1 Dimension de l'intégration physique

D'abord, deux aspects de l'intégration physique, soit la participation à des loisirs et l'utilisation de services du milieu, ont été documentés. La participation aux loisirs a été, pour sa part, couverte par une question portant sur la fréquence de participation aux différents loisirs pratiqués par la personne. L'utilisation de services du milieu a été couverte par une question portant sur la fréquence de la fréquentation de ressources communautaires de son milieu. Les deux questions concernant la fréquence (pour la participation aux loisirs et l'utilisation des ressources) ont été répondues sur une échelle de likert en quatre points (0= jamais, 1= mensuellement, 2=hebdomadairement, 3= quotidiennement). Tel que le tableau 3 le présente, la participation aux loisirs a été obtenue en additionnant le nombre de loisirs pratiqués (sur un maximum de cinq) à la plus haute valeur de fréquence de participation à ces mêmes loisirs.

De même, tel que présenté dans le tableau 4, l'utilisation de ressources a été obtenu en additionnant le nombre de ressources fréquentées (sur un maximum de cinq) à la plus haute valeur de fréquence d'utilisation de ces mêmes ressources.

Tableau 3
Méthode de compilation de participation aux loisirs

Nombre de loisirs pratiqués + plus haute valeur de fréquence de participation aux loisirs = Participation aux loisirs

Tableau 4
Méthode de compilation de l'utilisation de ressources

Nombre de ressources fréquentées + plus haute valeur de fréquence d'utilisation de ressources = Utilisation de ressources

4.3.2 Dimension de l'intégration sociale

4.3.2.1 Sous-dimension des interactions sociales. Puis, les deux sous-dimensions de l'intégration sociale, soit celle des interactions sociales et celle du réseau social, ont également été évaluées. Pour la sous-dimension des interactions sociales, une question concernait plus spécifiquement la fréquentation de personnes normatives, c'est-à-dire s'ils considèrent que les personnes qu'ils fréquentent respectent les règles et les normes sociales (lois, valeurs sociales).

4.3.2.2 Sous-dimension du réseau social. Pour la sous-dimension du réseau social, la densité et diversité du réseau social ont été mesurées par la carte de réseau. La carte de réseau (Desmarais et *al.*, 1982) est un questionnaire permettant de documenter la perception qu'a le participant du nombre de personnes qui composent son réseau social de soutien (densité du réseau) ainsi que la diversité du réseau, c'est-à-dire la répartition des membres du réseau à l'intérieur des différentes sphères investiguées, soit le réseau social primaire (famille nucléaire, famille étendue, compagnons de travail/école/Portage Québec, ami[e]s, compagnon de loisirs) et du réseau social secondaire formel (p. ex. intevervenant[e]s, psychiatre, psychologue) et informel (p. ex. professeurs, entraîneurs). La densité du réseau représente le nombre total de membres du réseau social de soutien du participant. La

diversité du réseau social de soutien a été obtenue en additionnant le nombre de sphères du réseau social de soutien composées d'au moins une personne. Tel que stipulé dans la littérature scientifique, une densité et une diversité élevées seront considérées comme contribuant positivement à la qualité de l'intégration sociale.

Une question demandait aux participants si, oui ou non, ils considèrent avoir actuellement ces rôles sociaux, parmi une liste de sept rôles (conjoint[e], parent, fils/fille, ami[e], travailleur[se], étudiant[e], bénévole). La variété de rôles sociaux actuels a été obtenue en additionnant les réponses positives. Plus le nombre de rôles sociaux actuels est élevé, plus la personne présente une variété de rôles intéressante.

La qualité des relations, a été documentée par deux questions servant à connaitre le degré auquel les relations sociales sont positives pour la personne en termes de satisfaction et de réciprocité. Une première question demandait donc aux participants si leurs relations étaient satisfaisantes, puis une seconde, s'ils estimaient avoir établi une relation significative et réciproque, et ce, avec cinq catégories de gens du réseau social (conjoint[e], enfant[s], parents, fratrie[s] et amis). Les réponses possibles étaient de types dichotomiques (oui, non, ne s'applique pas). Un score de satisfaction des relations sociales a été obtenu en calculant le pourcentage de réponses positives par rapport au nombre de réponses total répondu par oui ou non. Tel que le présente le tableau 5, un score de relation significative et réciproque a été obtenu en réalisant le même calcul. Plus le pourcentage est élevé à ces deux scores, plus les relations sont considérées comme positives.

Tableau 5
Méthode de compilation du score de satisfaction des relations sociales et du score de relations significatives et réciproques

(Nombre de réponse positive (oui) X 100) ÷ Nombre de réponses (oui ou non) = Score de satisfaction des relations sociales / Score de relation significative et réciproque

4.3.3 Dimension de l'intégration psychologique

Enfin, la dimension de l'intégration psychologique a été mesurée par cinq questions. Le sentiment d'une personne de faire partie de la communauté a été obtenu en lui demandant si elle est satisfaite de son statut occupationnel (p. ex. travailleur, étudiant, bénévole). L'expression d'une connexion émotionnelle avec son voisinage a été obtenue en demandant si la personne se sent acceptée telle qu'elle est par les personnes qu'elle côtoie. La croyance en sa capacité d'exercer une influence dans la communauté a été obtenue en demandant aux participants, dans deux questions différentes, s'ils croient avoir la capacité d'exercer une influence dans la communauté et auprès des personnes qui l'entourent. La satisfaction à l'égard de différents domaines de la vie (p.ex. satisfaction à l'égard du quartier et du logement) a été examinée en demandant s'ils sont satisfaits de leur situation (en faisant référence au fait d'avoir ou non un milieu de vie stable et au lieu de résidence où ils vivent). Ces cinq questions ont été répondues de façon dichotomique (oui, non). L'addition des «oui» forme le score d'intégration psychologique pouvant varier entre 0 et 5. Plus le score d'intégration psychologique est élevé, plus l'intégration psychologique est considérée comme étant bonne.

5. ANALYSES STATISTIQUES

Pour le premier objectif visant à décrire la qualité de l'intégration communautaire des personnes, hommes et femmes, présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT, des statistiques descriptives et comparatives ont été utilisées (fréquence, moyenne, écart-type, khi-carré et test-t).

Pour le second objectif visant à étudier les relations entre la sévérité des symptômes du SPT et la qualité de l'intégration communautaire, des analyses corrélationnelles ont d'abord été réalisées afin d'établir s'il y avait un lien significatif entre les variables sociodémographiques, la sévérité symptômes du SPT et les différents éléments de l'intégration communautaire. Ces analyses univariées préliminaires ont permis d'identifier

les variables à introduire dans les analyses multivariées. Ensuite, huit régressions linéaires multiples ont été réalisées pour les variables dépendantes continues (participation aux loisirs, utilisation de ressources, densité du réseau social de soutien, diversité du réseau social de soutien, variété de rôles sociaux, satisfaction des relations sociales, relations significatives et réciproques, intégration psychologique) et une régression logisitique a été réalisée pour la variable dichotomique (fréquentation de personnes normatives). Les régressions ont toutes été faites de façon hiérarchique en entrant dans une première étape les variables sociodémographiques significativement corrélées aux variables d'intégration communautaire. Ces variables sont le genre, l'état civil, le niveau d'étude et le revenu familial annuel. Puis, dans une deuxième étape, les symptômes du SPT (autoperturbation, stress post-traumatique, externalisation, somatisation) ont été introduits aux modèles d'analyse.

QUATRIÈME CHAPITRE
LES RÉSULTATS

Dans ce chapitre, afin de répondre au premier objectif de cette étude, soit de dresser le portrait de l'intégration communautaire des hommes et des femmes présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT, les résultats des analyses descriptives et comparatives sont présentés. Puis, afin de répondre au second objectif, visant à vérifier si la sévérité des symptômes de SPT est liée à la qualité l'intégration communautaire des hommes et des femmes présentant à la fois une CPP et des SPT, les résultats des analyses corrélationnelles sont présentés.

1. ANALYSES DESCRIPTIVES

1.1 Intégration physique

L'intégration physique réfère principalement à la présence physique de la personne dans des activités, des lieux et des contextes se passant dans sa communauté et où d'autres personnes sont présentes. Au niveau de l'intégration physique, les participants à l'étude pratiquent en moyenne 2,44 (é.t.=1,8) loisirs et fréquentent en moyenne 1,36 (é.t.=1,4) ressource communautaire, et ce, à une fréquence d'au moins une fois par mois (non présenté dans le tableau). Par contre, 22,6 % des participants ne pratiquent aucun loisir et 38,6% ne fréquentent aucun organisme (non présenté dans le tableau).

Tel que présenté dans le tableau 6, il n'y a aucune différence significative liée au genre sur la participation et la fréquence de participation à des loisirs (p. ex. sport, lecture, promenade) et sur le nombre et la fréquence de ressources communautaires fréquentées (p. ex. réunion AA, aide alimentaire, Portage).

Tableau 6
Analyses descriptives et différences hommes/femmes : intégration physique

Variables intégration physique	Femme (n=41) M (é.t.)	Homme (n=44) M (é.t.)	Total (n=85) M (é.t.)	t (ddl)	
Participation aux loisirs	4,22 (2,9)	4,77 (2,7)	4,50 (2,8)	-0,90 (82)	0,37
Utilisation de ressources	3,17 (2,5)	2,55 (2,5)	2,86 (2,5)	1,13 (81)	0,26

1.2 Intégration sociale

L'intégration sociale réfère au fait qu'au-delà de la présence physique de la personne dans des lieux et des contextes sociaux, celle-ci entretient des liens avec d'autres personnes. Deux sous-dimensions constituent l'intégration sociale, soit la sous-dimension des interactions sociales et la sous-dimension du réseau social. Au niveau de la sous-dimension des interactions sociales, une seule variable était documentée. Près du trois quart des participants rapportent fréquenter des personnes respectant les règles et les normes sociales (lois, valeurs sociales) (voir tableau 7). Aucune différence significative n'est observée entre les hommes et les femmes présentant une CPP et des symptômes de SPT.

Au niveau de la sous-dimension du réseau social, la densité du réseau social de soutien est d'en moyenne 12,1 (é.t.=6,9) personnes. Aucune différence quant à la densité du réseau n'est observée entre les hommes et les femmes présentant une CPP et des symptômes de SPT. Un peu plus de la moitié des participants (51,5%) indiquent avoir moins de 10 personnes dans leur réseau social de soutien et seulement 16,4% rapportent 20 personnes et plus dans leur réseau (non présenté en tableau).

Au niveau de la diversité du réseau social de soutien, sur une possibilité de sept sphères (famille nucléaire, famille étendue, compagnons [travail, école, Portage Québec], amis, compagnons de loisir, réseau secondaire formel, réseau secondaire informel), les

Tableau 7
Analyses descriptives et différences hommes/femmes : intégration sociale

Variables intégration sociale	Femme (n=41) M (é.t.)	Homme (n=44) M (é.t.)	Total (n=85) M (é.t.)	t (ddl)	p
Densité du réseau social de soutien	11,47 (6,7)	12,71 (7,3)	12,02 (6,9)	-0,73 (66)	0,47
Diversité du réseau social de soutien	4,15 (1,1)	3,81 (1,4)	3,97 (1,3)	1,13 (68)	0,26
Variété de rôles sociaux actuels	2,72 (1,2)	2,00 (1,1)	2,36 (1,22	2,71 (76)	0,008**
Satisfaction des relations sociales.	55,46 (34,1)	55,41 (37,6)	55,44% (35,7)	0,01 (80)	0,99
Relations significatives et réciproques	65,50 (32,8)	61,17 (35,4)	63,24% (33,9)	0,43 (44)	0,67
	Oui	Oui	Oui	χ^2 (ddl)	p
Fréquentation de personnes normatives	75,0 %	72,1 %	73,5 %	0,09 (1)	0,76

** $p<0,01$

participants à l'étude rapportent, en moyenne, avoir des personnes de soutien dans quatre sphères différentes (3,97). Pour les hommes et les femmes de l'échantillon, la famille nucléaire représente, en moyenne, 29,0 % du réseau social de soutien, la famille étendue, 11,4 %, les amis, 25,2 %, les compagnons de travail, d'école ou de traitement, 13,5 %, les compagnons de loisir, 3,0%, le réseau secondaire formel, 14,6 % et le réseau secondaire informel, 2,3 % (non présenté en tableau). Parmi les différentes sphères du réseau social de soutien, la famille nucléaire et les amis sont donc celles où il y a plus de personnes, totalisant plus de la moitié du réseau social de soutien. Aucune différence significative n'est observée entre les hommes et les femmes qui présentent un CPP et des symptômes de SPT.

Parmi les sept rôles sociaux étudiés dans la présente étude (conjoint[e], parent, fils/fille, ami[e], travailleur[se], étudiant[e], bénévole), tel que présenté dans le tableau 7, les participants ont identifié avoir en moyenne 2,35 (é.t.=1,2) rôles sociaux différents. Le quart des participants ont un seul rôle social (25,6 %) (non présenté en tableau). Une différence significative quant au nombre de rôles sociaux actuels est observée entre les

hommes et les femmes présentant une CPP et des symptômes de SPT (t=2,71, ddl=76, p=0,01). En effet, les femmes ont plus de rôles sociaux que les hommes. Tant pour les hommes et les femmes, les rôles d'enfant (56,8%) et d'ami (76,5%) ont reçu l'aval de plus de la moitié des participants. Les rôles sociaux de conjoint (21,5%), de travailleur (17,9%), d'étudiant (7,2%) et de bénévole (15,7) sont adoptés dans de plus faibles proportions (non présenté en tableau).

Sans égard au nombre de relations sociales identifiées (celles-ci pouvant varier d'une à cinq), dans 55,4 % des cas, les participants considèrent leurs relations satisfaisantes et dans 63,2 % les participants considèrent leurs relations significatives et réciproques. Aucune différence quant à la satisfaction de leur relation n'est observée entre les hommes et les femmes présentant une CPP et des symptômes de SPT.

1.3 Intégration psychologique

L'intégration psychologique réfère aux sentiments de la personne vis-à-vis de son intégration communautaire. La capacité à exercer une influence dans sa communauté et la satisfaction à l'égard de différents domaines de la vie sont ainsi prises en compte pour qualifier l'intégration psychologique. Lorsque l'on regarde le score d'intégration psychologique (non présenté en tableau), les personnes présentant une CPP et des symptômes de SPT, dans 64,8% des cas, ont des sentiments positifs à l'égard de leur intégration communautaire En moyenne, les femmes ont un score de 3,26 (é.t. =1,3) et les hommes ont un score de 3,22 (é.t. =1,4) [t= 0,11 (44), p=0,92]. Aucune différence quant au score d'intégration psychologique n'est observée entre les hommes et les femmes présentant une CPP et des symptômes de SPT. Lorsque l'on regarde les résultats de plus près, le sentiment de pouvoir influencer sa communauté, la situation de logement et le statut occupationnel représentent, dans l'ordre, les sphères créant le plus d'insatisfaction (voir tableau 8).

Tableau 8
Pourcentage de satisfaction : intégration psychologique

Questions formant la dimension de l'intégration psychologique	satisfaction
Croyez-vous que vous pouvez exercer une influence sur les personnes qui vous entourent?	77,1 %
Croyez-vous que vous pouvez exercer une influence sur votre communauté?	68,7 %
Êtes-vous satisfait de votre situation de logement (stabilité du milieu de vie, lieu de résidence)?	60,2 %
Vous sentez-vous accepté tel que vous êtes par les personnes que vous côtoyez?	80,7 %
Êtes-vous satisfait de votre statut occupationnel (étudiant, travailleur, bénévole) ?	41,0 %

2. ANALYSES CORRÉLATIONNELLES

Afin d'identifier si la sévérité des symptômes traumatiques est liée à la qualité de l'intégration communautaire des hommes et des femmes présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT, des analyses préliminaires de corrélations ont été réalisées incluant les variables sociodémographiques identifiées dans la littérature scientifique. Ces analyses préliminaires ont permis d'identifier quelles sont les variables sociodémographiques à introduire dans les analyses multivarées, soit les variables associées aux facteurs du SPT ou à l'intégration communautaire. L'ensemble des corrélations est présenté dans le tableau 9.

2.1 Données sociodémographiques et symptômes de stress post-traumatique

En ce qui concerne les corrélations entre les variables sociodémographiques et les variables de symptômes post-traumatiques, deux corrélations significatives ont été identifiées. En effet, le niveau d'étude est négativement associé aux facteurs d'autoperturbation et de stress post-traumatique. Ainsi, plus une personne a un niveau d'étude élevé, moins elle présente de symptômes d'autoperturbation (évitement relationnel, sensibilité au rejet, problèmes identitaires et dépression) et de symptômes post-traumatiques (*flashbacks,* cauchemars, souvenir envahissant, évitement cognitif ou comportemental des stimuli liés à l'événement traumatique, hyper activation du système nerveux sympathique (p. ex., difficulté de sommeil, sursauter, irritabilité, hyper vigilance)

et de dissociation).

2.2 Données sociodémographiques et intégration communautaire

Parmi l'ensemble des variables sociodémographiques (genre, âge, état civil, niveau d'étude complété et revenu familial annuel), les corrélations indiquent d'abord que le genre est négativement associé au nombre de rôles sociaux. Être une femme est associé à un plus grand nombre de rôles sociaux. De plus, l'état civil est associé négativement au fait de fréquenter des personnes respectant les normes sociales et positivement aux nombres de rôles sociaux. Ainsi, les personnes vivant en couple (mariées ou en union libre) sont plus nombreuses à fréquenter des personnes ne respectant pas les normes sociales. Elles ont également un plus grand nombre de rôles sociaux. Toujours en lien avec les données sociodémographiques, le niveau d'étude est associé positivement à la diversité du réseau social de soutien. Plus une personne a un niveau élevé d'études, plus son réseau social de soutien est diversifié. Le niveau d'étude et le revenu familial sont également positivement corrélés à la densité de réseau, à la variété de rôles sociaux et à la qualité de l'intégration psychologique. Ainsi, le fait d'avoir un plus haut niveau d'étude ou un revenu plus élevé est associé à un réseau social de soutien plus dense, une plus grande diversité de rôles sociaux, au fait de croire en sa capacité d'exercer une influence sur son milieu et sur sa satisfaction à l'égard de son environnement.

2.3 Symptômes de stress post-traumatique et intégration communautaire

Les corrélations présentées dans le tableau 9, permettent également d'identifier parmi l'ensemble des variables de SPT (facteur d'autoperturbation, facteur de stress post-traumatique, facteur d'externalisation, facteur de somatisation), celles qui sont associées aux différentes variables de l'intégration communautaire. Tous les facteurs de symptômes post-traumatiques, à l'exception du facteur post-traumatique, sont associés à l'une ou l'autre des variables de l'intégration communautaire.

Tableau 9

Corrélations : variables sociodémographiques, de symptômes de stress post-traumatique et d'intégration communautaire

Variables	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1. Genre	-																	
2. Âge	0,21	-																
3. État civil	0,08	0,19	-															
4. Niveau d'étude	-0,04	0,20	0,05	-														
5. Revenu familial annuel	0,16	-0,07	0,35**	0,41**	-													
6. Autoperturbation	0,17	0,07	0,08	-0,24*	0,07	-												
7. Stress post-traumatique	0,04	-0,06	-0,03	-0,26*	0,06	0,80**	-											
8. Externalisation	0,17	0,11	0,18	-0,20	0,13	0, 83**	0,76**	-										
9. Somatisation	-0,12	0,07	-0,06	-0,12	0,07	0,49**	0,61**	0,53**	-									
10. Participation aux loisirs	0,10	0,11	-0,03	0,03	0,05	-0,23*	-0,06	-0,11	-0,09	-								
11. Utilisation de ressources	-0,13	0,20	-0,06	0,16	0,12	-0,06	0,11	-0,05	0,22*	0,16	-							
12. Fréquentation de personnes normatives	-0,03	-0,11	-0,25*	0,04	-0,08	-0,17	-0,07	-0,18	-0,21	0,00	0,08	-						
13. Densité du réseau social de soutien	0,09	-0,05	-0,15	0,25*	0,26*	-0,21	-0,13	-0,14	-0,15	0,20	0,08	-0,03	-					
14. Diversité du réseau social de soutien	-0,14	-0,09	0,05	0,30*	0,25	-0,13	-0,11	-0,04	-0,07	0,24*	-0,03	-0,14	0,66**	-				
15. Variété de rôles sociaux	-0,30**	-0,07	0,31*	0,32**	0,33**	-0,08	0,01	0,03	0,10	0,21	0,11	-0,01	0,16	0,23	-			
16. Satisfaction des relations sociales	**0,00**	-0,07	0,00	-0,03	0,02	-0,18	-0,04	-0,14	-0,08	0,08	0,04	0,13	-0,06	-0,03	0,01	-		
17. Relations significatives et réciproques	-0,07	-0,23	-0,04	0,17	0,19	-0,33*	-0,11	-0,21	-0,02	0,24	0,00	0,01	0,17	0,19	0,04	0,61**	-	
18. Intégration psychologique	-0,02	-0,29	-0,22	0,47**	0,42**	-0,37*	-0,23	-0,35*	-0,14	0,06	0,05	0,32*	0,41**	0,26	0,30	0,23	0,30*	-

*p<0,05; **p<0,01

De façon plus spécifique, le score du facteur d'autoperturbation est associé négativement à la participation aux loisirs, à la présence de relations significatives et réciproques et à la qualité de l'intégration psychologique. En ce sens, les participants présentent un score plus élevé d'autoperturbation (évitement relationnel, sensibilité au rejet, problèmes identitaires et dépression), pratiquent moins de loisirs, et ce, à une moins grande fréquence. Ces mêmes participants considèrent moins leurs relations sociales comme étant significatives et réciproques. Enfin, les personnes qui présentent un score plus élevé d'autoperturbation, sur le plan de l'intégration psychologique, croient moins en leur capacité d'exercer une influence sur leur milieu et elles sont moins satisfaites à l'égard de leur environnement.

Pour sa part, le facteur d'externalisation (automutilation, recherche d'adrénaline, trouble alimentaire, comportements spectaculaires) est uniquement associé négativement à la qualité de l'intégration psychologique. Ainsi, plus les participants présentent un score élevé au facteur d'externalisation, moins ils ont tendance à croire en leur capacité d'exercer une influence sur leur milieu et à exprimer de satisfaction à l'égard de leur environnement.

Enfin, le facteur de somatisation est associé positivement au score d'utilisation de ressources. Plus une personne indique un score élevé au facteur de somatisation, plus elle fréquente des ressources communautaires, et ce, à une plus grande fréquence.

3. ANALYSES DE RÉGRESSION

Neuf régressions hiérarchiques ont permis d'examiner quels symptômes de SPT étaient les plus fortement associés à la qualité de l'intégration communautaire, en contrôlant pour le genre, l'état civil, le niveau d'étude et le revenu familial annuel. Les tableaux 10 à 17 présentent les résultats de ces régressions.

3.1 Intégration physique

Tel que présenté dans les tableaux 10 et 11, les deux modèles de régression portant sur l'intégration physique ne sont pas significatifs. Cela signifie que ni les variables sociodémographiques, ni les facteurs du SPT ne permettent d'expliquer la participation aux loisirs et la fréquentation de loisirs chez les personnes présentant un CPP et des symptômes de SPT. Ainsi, bien que les symptômes d'autoperturbation soient significativement associés à la participation au loisir (p=0,02), ce facteur, seul ou associé à d'autres variables, ne semble pas permettre d'expliquer la participation aux loisirs observée chez les personnes présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT.

Tableau 10
Régression linéaire hiérarchique : Variables associées à la participation aux loisirs

	B	SE B	β	t	p
Étape 1					
· genre	0,31	0,68	0,06	0,46	0,65
· état civil	-0,32	1,34	-0,03	-0,24	0,81
· revenu	0,06	0,31	0,03	0,19	0,85
· niveau d'études	0,03	0,42	0,03	0,19	0,85
R2 = 0,00					
Étape 2					
· genre	0,82	0,71	0,15	1,15	0,26
· état civil	0,12	1,39	0,01	0,08	0,93
· revenu	0,03	0,31	0,01	0,11	0,91
· niveau d'études	0,17	0,44	0,05	0,28	0,71
· facteur d'autoperturbation	-0,15	0,06	-0,61	-2,46	0,02
· facteur de stress post-traumatique	0,08	0,06	0,31	1,32	0,19
· facteur d'externalisation	0,02	0,05	0,10	0,41	0,67
· facteur de somatisation	0,00	0,04	0,00	0,01	0,99
R2 = 0,12 pseudo R2 = 0,11					

Tableau 11
Régression linéaire hiérarchique : Variables associées à l'utilisation de ressources

	B	SE B	β	t	p
Étape 1					
· genre	-1,04	0,60	-0,21	-1,74	0,09
· état civil	-1,03	1,15	-0,11	-0,89	0,38
· revenu	0,38	0,27	0,18	1,37	0,18
· niveau d'études	0,10	0,37	0,03	0,28	0,78
R2 = 0,07					
Étape 2					
· genre	-0,49	0,62	-0,10	-0,79	0,43
· état civil	-0,03	1,21	-0,00	0,03	0,98
· revenu	0,27	0,27	0,13	0,98	0,33
· niveau d'études	0,27	0,38	0,09	0,70	0,49
· facteur d'autoperturbation	-0,05	0,05	-0,24	-0,96	0,34
· facteur de stress post-traumatique	0,09	0,06	0,39	1,67	0,10
· facteur d'externalisation	-0,04	0,04	-0,24	-1,04	0,30
· facteur de somatisation	0,05	0,04	0,21	1,30	0,20
R2 = 0,16 ; pseudo R2 = 0,10					

3.2 Intégration sociale

Parmi les six modèles de régressions linéaires hiérarchiques réalisés pour expliquer l'intégration sociale (voir tableaux 12 à 17), seul le modèle portant sur la variété des rôles sociaux et celui portant sur les relations significatives et réciproques se sont avérés significatifs.

Le modèle portant sur les rôles sociaux s'est avéré significatif aux deux étapes de l'analyse (étape 1 : F=7,28, p=0,00 ; étape 2 : F=3,88, p=0,00). Tel que présenté dans le tableau 15, à l'étape 1, l'ensemble des variables de contrôle testées permet d'expliquer 32% de la variance des rôles sociaux observée chez les personnes présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT. Parmi les variables de contrôles testées, le genre, l'état civil et le revenu familial sont significativement associés à la variété de rôles sociaux. À l'étape 2, l'ensemble des variables testées permet d'expliquer 3% de plus de la variance des rôles sociaux observée chez les personnes présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT. Lorsque les variables associés au SPT sont insérées dans le modèle à la seconde étape,

parmi les variables sociodémographiques, seuls le genre et l'état civil demeurent significatifs. Ainsi, pour le modèle global, ce sont ces deux variables sociodémographiques, le genre et l'état civil plutôt que les symptômes de SPT, qui permettent d'expliquer la variance observée dans les rôles sociaux des personnes présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT. Ainsi, ce modèle de régression confirme que le fait d'être une femme et d'être en union sont associés à un nombre plus élevé de rôles sociaux.

Le modèle portant sur les relations significatives et réciproques s'est également avéré significatif, mais uniquement à la seconde étape du modèle. (F=3,12, p=0,01). Tel que présenté dans le tableau 17, l'ensemble des variables testées permet d'expliquer 38% de la variance des relations significatives et réciproques observées chez les personnes présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT. En effet, en contrôlant pour les variables sociodémographiques (genre, état civil, niveau de scolarité, revenus), les symptômes d'autoperturbation et de stress post-traumatique sont significativement associés aux relations significatives et réciproques. Ainsi, le modèle confirme que les personnes ayant une CPP et des symptômes de SPT qui présentent des scores moins élevés aux symptômes d'autoperturbation et plus élevés aux symptômes de stress post-traumatique présentent des relations sociales plus significatives et réciproques.

Les quatre autres modèles de régression portant sur l'intégration sociale ne se sont pas avérés significatifs (voir tableaux 12, 13, 14, 16). Il semble donc que, chez les personnes présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT, les caractéristiques de l'intégration sociale que sont la fréquentation de personnes normatives, la densité et diversité du réseau social de soutien et la satisfaction des relations sociales, ne sont pas significativement expliquées par les variables sociodémographiques et les facteurs du SPT introduits dans les modèles de régression.

Tableau 12
Régression logistique hiérarchique : Variables associées à la fréquentation de personnes normatives

	χ^2	Pseudo R^2	β (e.t.)	*Wald* (*d.l.*=1)	Exp.(β)
Étape 1	5,01	0,10			
· genre			0,19 (0,57)	0,11	1,20
· état civil			2,06 (1,02)	4,08	7,87*
· revenu			0,09 (0,26)	0,12	1,09
· études			-0,02 (0,35)	0,00	0,98
Étape 2	12,09	0,22			
· genre			0,16 (0,65)	0,06	1,17
· état civil			2,29 (1,15)	3,92	9,83*
· revenu			0,17 (0,28)	0,37	1,18
· études			0,11 (0,40)	0,07	1,11
· facteur d'autoperturbation			-0,05 (0,06)	0,80	0,95
· facteur de stress post-traumatique			0,06 (0,06)	0,94	1,06
· facteur d'externalisation			-0,01 (0,04)	0,03	0,99
· facteur de somatisation			2,01 (2,49)	0,65	7,45

Tableau 13
Régression linéaire hiérarchique : Variables associées à la densité du réseau social de soutien

	B	SE B	β	t	p
Étape 1					
· genre	0,03	1,79	0,00	0,02	0,99
· état civil	-5,44	3,26	-0,23	-1,67	0,10
· revenu	1,70	0,87	0,28	1,95	0,06
· niveau d'études	1,13	1,15	0,13	0,99	0,33
R2 = 0,13					
Étape 2					
· genre	0,61	1,93	0,05	0,31	0,76
· état civil	-5,19	3,54	-0,22	-1,47	0,15
· revenu	1,69	0,90	0,28	1,87	0,07
· niveau d'études	1,38	1,23	0,16	1,13	0,27
· facteur d'autoperturbation	0,08	0,16	0,12	0,51	0,61
· facteur de stress post-traumatique	0,08	0,16	0,12	0,51	0,61
· facteur d'externalisation	0,03	0,12	0,12	0,54	0,59
· facteur de somatisation	-0,10	0,12	-0,15	-0,83	0,41
R2 = 0,21 ; pseudo R2 = 0,08					

Tableau 14
Régression linéaire hiérarchique : Variables associées à la diversité du réseau social de soutien

	B	SE B	β	t	p
Étape 1					
· genre	-0,63	0,33	-0,25	-1,94	0,06
· état civil	-0,04	0,61	-0,01	-0,07	0,95
· revenu	0,32	0,16	0,28	2,01	0,05
· niveau d'études	0,03	0,21	0,02	0,13	0,89
R2 = 0,12					
Étape 2					
· genre	-0,74	0,35	-0,29	-2,08	0,04
· état civil	-0,38	0,66	-0,08	-0,57	0,57
· revenu	0,37	0,17	0,32	2,22	0,03
· niveau d'études	-0,02	0,22	-0,01	-0,09	0,93
· facteur d'autoperturbation	-0,02	0,03	-0,18	-0,73	0,47
· facteur de stress post-traumatique	-0,01	0,03	-0,11	-0,46	0,64
· facteur d'externalisation	0,03	0,02	0,35	1,45	0,15
· facteur de somatisation	-0,02	0,02	-0,17	-0,93	0,36
R2 = 0,18 ; pseudo R2 = 0,05					

Tableau 15
Régression linéaire hiérarchique : Variables associées à la variété de rôles sociaux

	B	SE B	β	t	p
Étape 1					
· genre	-0,90	0,26	-0,37	-3,50	0,00
· état civil	1,38	0,51	0,30	2,70	0,01
· revenu	0,28	0,12	0,25	2,30	0,03
· niveau d'études	0,15	0,16	0,10	0,92	0,36
R2 = 0,32**					
Étape 2					
· genre	-0,79	0,27	-0,32	-2,88	0,01
· état civil	1,47	0,55	0,32	2,70	0,01
· revenu	0,24	0,12	0,22	1,92	0,06
· niveau d'études	0,18	0,18	0,12	1,02	0,31
· facteur d'autoperturbation	-0,03	0,02	-0,13	0,59	0,56
· facteur de stress post-traumatique	0,02	0,03	0,13	0,59	0,56
· facteur d'externalisation	0,01	0,02	0,10	0,45	0,65
· facteur de somatisation	0,01	0,02	0,11	0,72	0,47
R2 = 0,25 ; pseudo R2 = 0,03					

Tableau 16
Régression linéaire hiérarchique : Variables associées à la satisfaction des relations sociales

	B	SE B	β	t	p
Étape 1					
· genre	5,42	8,63	0,08	0,63	0,53
· état civil	0,07	16,54	0,00	0,00	0,99
· revenu	0,53	3,94	002	0,14	0,89
· niveau d'études	-4,96	5,30	-0,12	-0,94	0,35
R2 = 0,02					
Étape 2					
· genre	12,00	8,88	0,17	1,35	0,18
· état civil	10,94	17,12	0,09	0,64	0,53
· revenu	0,14	3,87	0,01	0,04	0,97
· niveau d'études	-2,27	5,46	-0,05	-0,42	0,68
· facteur d'autoperturbation	-1,66	0,75	-0,55	-2,21	0,03
· facteur de stress post-traumatique	1,76	0,79	0,53	2,23	0,03
· facteur d'externalisation	-0,21	0,57	-0,09	-0,37	0,71
· facteur de somatisation	-0,06	0,54	-0,02	-0,11	0,92
R2 = 0,14 ; pseudo R2 = 0,12					

Tableau 17
Régression linéaire hiérarchique : Variables associées aux relations significatives et réciproques

	B	SE B	β	t	p
Étape 1					
· genre	3,45	11,26	0,05	0,31	0,76
· état civil	-11,93	20,33	-0,11	-0,59	0,56
· revenu	5,91	6,12	0,19	0,97	0,34
· niveau d'études	4,67	7,52	0,12	0,62	0,54
R2 = 0,07					
Étape 2					
· genre	15,34	10,13	0,23	1,51	0,14
· état civil	3,52	17,93	0,03	0,20	0,85
· revenu	5,27	5,25	0,17	1,01	0,32
· niveau d'études	11,18	6,51	0,28	1,72	0,10
· facteur d'autoperturbation	-3,67	0,91	-1,22	-4,06	0,00
· facteur de stress post-traumatique	3,01	0,88	0,96	3,44	0,00
· facteur d'externalisation	0,46	0,61	0,21	0,75	0,46
· facteur de somatisation	-0,13	0,64	-0,04	-0,21	0,84
R2 = 0,45 ; pseudo R2 = 0,38*					

*p<0,01

3.3 Intégration psychologique

Le modèle de régression portant sur l'intégration psychologique (voir tableau 18) est significatif tant à l'étape 1 (F=6,04, p=0,00) qu'à l'étape 2 (F=4,51, p=0,00). À la première étape du modèle, l'ensemble des variables de contrôle testées permet d'expliquer 40% de l'intégration psychologique observée chez les personnes présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT. Parmi les variables sociodémographiques intégrées dans le modèle, l'état civil et le revenu familial sont significativement associés à l'intégration psychologique. À la seconde étape, l'ensemble des variables intégrées dans le modèle permet d'expliquer 13% de plus de la variance de l'intégration psychologique chez les personnes présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT.

Tableau 18
Régression linéaire hiérarchique : Variables associées à l'intégration psychologique

	B	SE B	β	t	p
Étape 1					
· genre	-0,17	0,37	-0,06	-0,44	0,66
· état civil	-2,23	0,63	-0,52	-3,55	0,00
· revenu	0,94	0,21	0,73	4,54	0,00
· niveau d'études	-0,39	0,25	-0,23	-1,51	0,14
R2 = 0,40*					
Étape 2					
· genre	0,17	0,39	0,06	0,43	0,67
· état civil	-1,84	0,64	-0,43	-2,88	0,01
· revenu	0,91	0,20	0,71	4,44	0,00
· niveau d'études	-0,32	0,26	-0,19	-1,23	0,23
· facteur d'autoperturbation	-0,05	0,03	-0,38	-1,41	0,17
· facteur de stress post-traumatique	0,04	0,03	0,28	1,11	0,28
· facteur d'externalisation	-0,02	0,02	-0,18	-0,71	0,48
· facteur de somatisation	-0,01	0,02	-0,06	-0,33	0,74
R2 = 0,53 ; pseudo R2 = 0,13*					

*p<0,01

Ici encore, seules les variables sociodémographiques (état civil et revenu familial) sont significativement associées à l'intégration psychologique. Ainsi, bien que les deux étapes du modèle soient significatives, ce sont principalement les variables sociodémographiques et non les symptômes de SPT qui sont le plus associées à

l'intégration psychologique. En ce sens, les le fait d'être célibataire et d'avoir un revenu familial plus élevé sont associés à une meilleure intégration psychologique chez les personnes qui ont un CPP et des symptômes de SPT. La relation qui uni l'état civil et l'intégration psychologique est surprenante puisqu'elle n'était pas ressortie comme étant significative lors des analyses de corrélation.

CINQUIÈMECHAPITRE
LA DISCUSSION DES RÉSULTATS

La présente recherche a permis de répondre aux deux objectifs. Parmi les études ayant évalué l'intégration communautaire auprès des personnes présentant une CPP et un problème de santé mentale (incluant ou non les symptômes de SPT), la présente recherche est la seule à exposer des résultats descriptifs, comparatifs, corrélationnels et multivariés portant sur l'ensemble des trois sphères de l'intégration communautaire tel que défini par Wong et Solomon (2002). De plus, cette étude, a permis de vérifier s'il existe des différences entre les hommes et les femmes présentant une CPP et des symptômes de SPT quant à la qualité de leur intégration communautaire.

1. L'INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE

1.1. L'intégration physique

Tel qu'attendu, les résultats de la présente étude indiquent une intégration communautaire de faible qualité chez les adultes, hommes et femmes, présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT.

La qualité de l'intégration physique des personnes présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT semble limitée tant du point de vue des loisirs pratiqués que des ressources communautaires fréquentées. Ces résultats corroborent ceux de Mowbray et ses collègues (1997) qui qualifiaient de faible la pratique d'activités hebdomadaires et la fréquentation de groupe de soutien par les pairs (p. ex. Alcoolique anonyme) des personnes présentant à la fois un problème de dépendance aux psychotropes et un trouble de santé mentale autre que les symptômes de SPT. Le fait qu'une grande partie des participants de la présente étude ne pratique aucun loisir et ne fréquente aucune ressource permet de constater une difficulté au niveau de l'intégration physique marquée chez cette clientèle.

1.2. L'intégration sociale

En ce qui concerne l'intégration sociale et plus précisément la sous-dimension du

réseau social, les résultats de la présente étude indiquent que le réseau social des personnes présentant une CPP et des symptômes de SPT est de faible densité. Ces résultats convergent, en partie, avec les résultats de la littérature scientifique (MacDonald et *al.*, 2004; Mowbray et *al*., 1997; Ribisl et Luke, 1993) Il semblerait, en effet, que les personnes qui présentent une cooccurrence de troubles (CPP et problèmes de santé mentale autre que les symptômes de SPT) (MacDonald et *al*., 2004; Mowbray et *al.*, 1997; Ribisl et Luke, 1993) auraient un réseau social de soutien de faible densité. Or, comparées aux résultats obtenus dans la présente étude, les données recensées rapportaient des réseaux sociaux de soutien trois fois plus petits. Cette divergence de résultats pourrait indiquer que lorsqu'il s'agit de personnes présentant une cooccurrence d'une CPP et d'un problème de santé mentale, le type de problème de santé mentale, tel que la schizophrénie et la bipolarité, pourrait être un facteur important pour qualifier la densité du réseau social de soutien. De plus, la nature du service reçu pourrait expliquer cet écart au niveau de la densité du réseau social de soutien. En effet, la seule étude (Tracy et Johnson, 2007) ayant un résultat semblable aux résultats de la présente étude était aussi composée de personnes présentant des symptômes de stress post-traumatique recevant des services dans la communauté ou dans une clinique externe plutôt que dans un hôpital psychiatrique. Les limitations sociales imposées par le milieu de traitement peuvent évidemment influencer la densité du réseau social de soutien des individus.

Bien que la comparaison avec les études recensées semble favoriser la clientèle présentant une CPP et des symptômes de stress post-traumatique plutôt que les personnes présentant une CPP et un problème de santé mentale, tel que la schizophrénie et la bipolarité, la présente étude indique, tout de même, que peu de participants à l'étude décomptent plus de 20 personnes dans leur réseau social de soutien. Or, il est reconnu qu'un réseau social de soutien comptant moins de 24 personnes (Mowbray, Quinn et Cranford, 2014) est à haut risque de s'essouffler par des demandes trop fréquentes et de ne pas être suffisamment disponible lors de besoins (physique, psychologique, récréatif, matériel) de l'individu en difficulté. D'une part, cette faible densité de réseau peut être expliquée par le niveau élevé de problèmes interpersonnels (Cohen et Hien, 2006) et de

violence (Marshal, 2003) associés à la CPP et qui se retrouve de façon plus sévère encore chez les personnes présentant à la fois une CPP et de symptômes de SPT (Cohen et Hien, 2006; Mills et *al.,* 2005). Ces difficultés de comportements à l'égard des autres peuvent effectivement amener l'entourage de la personne à prendre leur distance. D'autre part, la perception de danger permanent, de crainte ou de méfiance qui caractérise le stress post-traumatique peut amener les personnes à s'isoler socialement.

Toujours en lien avec la sphère d'intégration sociale, les résultats de la présente étude indiquent que le réseau social de soutien des personnes présentant une CPP et des symptômes de SPT est plus ou moins diversifié, ne présentant pas un nombre équilibré d'individus pour chacune des sept sphères composant habituellement un réseau social de soutien. Dans ces résultats comparables à ceux de la littérature, la famille (famille nucléaire et la famille étendue) totalise près de la moitié du réseau social de soutien (Mowbray et *al.*, 1997; Ribisl et Luke, 1993; Tracy et Johnson, 2007), suivi par les amis et les professionnels du réseau secondaire formel (Tracy et Johnson, 2007). La présence de la famille pour aider la personne pendant sa démarche de réadaptation peut expliquer l'importante proportion de celle-ci dans le réseau social de soutien. Du plus, les personnes en démarche de traitement pour une CPP ayant en plus à vivre avec un problème de santé mentale comme les symptômes de SPT, peuvent manquer d'habiletés sociales et émotionnelles leur permettant d'aller chercher du soutien à l'extérieur de leur famille (Tracy et Johnson, 2007). La grande présence de professionnels, bien que caractéristique d'une clientèle ayant un CPP et des symptômes de SPT, représente une limite quant à la diversité du réseau social de soutien du point de vue de l'intégration communautaire (Wong et Solomon, 2002). En effet, selon ces auteurs, les interactions sociales devraient avoir lieu avec des personnes et dans des contextes normalisant, les professionnels étant appelés à être dans la vie des individus que de manière temporaire. Ainsi, auprès des personnes présentant une CPP et des symptômes de SPT, l'intervention devrait cibler la dimension de l'intégration sociale en favorisant le développement de différents liens sociaux autres qu'avec les professionnels.

Toujours en lien avec l'intégration sociale, les personnes présentant une CPP et des

symptômes de SPT se reconnaissent un nombre limité, voire inexistant, de rôles sociaux. Soit ils ne se reconnaissent pas dans les différents rôles sociaux (enfant, parent, amis) ou ils ont le sentiment de ne pas actualiser ces rôles (se sentir le fils ou la fille de leurs parents). Cela peut sans doute s'expliquer par la faible estime que les personnes présentant des symptômes de SPT ont d'eux-mêmes (Roth, Steffens, Morina, et Stangier, 2011) ainsi que celles présentant une CPP (Nehra, Sharma, Mushtaq, Sharma, Sharma, et Nehra, 2012). Les résultats de la présente étude indiquent également que comparés aux femmes qui présentent une CPP et des symptômes de SPT, les hommes ont moins de rôles sociaux. Cette différence également présente dans la littérature recensée (Stenius et *al*., 2005) peut sans doute s'expliquer par la présence de reconnaissance du rôle parental chez la majorité des femmes de l'échantillon, rôle d'avantage absent chez les hommes. Bien qu'attendu, puisqu'une faible diversité de rôles sociaux est associée au développement des symptômes de SPT chez les personnes ayant une CPP et ayant vécu un événement traumatique au cours de leur vie (Platt, et *al*., 2014), ces résultats militent en faveur d'intégrer dans l'intervention auprès de ces individus, la reconnaissance et la valorisation des rôles sociaux d'abord dans le groupe thérapeutique, puis plus largement dans leurs milieux sociaux primaires.

Enfin, en ce qui concerne l'intégration sociale, les résultats de la présente étude indiquent que la qualité des relations sociales de soutien est problématique chez une importante partie des personnes présentant une CPP et des symptômes de SPT. En effet, les participants sont nombreux à avoir rapporté des relations non significatives et non réciproques. Par le fait même, ils se sont dits peu satisfaits de leurs relations sociales. Comparables aux résultats rapportés dans les études recensées (Dutton et *al*., 2014; Mowbray et *al*., 1997; Tracy et Johnson, 2007), ces résultats peuvent s'expliquer d'une part par les interactions négatives vécues avec leur entourage (Cohen et Hien, 2006; Mills et *al*., 2005). De plus, le faible statut socioéconomique caractéristique de cette population peut amener la personne à avoir l'impression qu'elle ne pourra jamais rendre le soutien reçu de la part de son réseau social de soutien, amenant ces personnes à considérer leurs relations sociales comme non réciproques.

1.3. L'intégration psychologique

Les résultats concernant la dimension de l'intégration psychologique indiquent que les personnes ayant une CPP et des symptômes de SPT ont une perception relativement positive de leur capacité à influencer leur entourage et du fait de se sentir accepté par cet entourage. Toutefois, ces personnes semblent généralement insatisfaites de leur statut occupationnel, de leur situation de logement (stabilité du milieu de vie, lieu de résidence) et de leur capacité à exercer une influence sur leur communauté. Les connaissances limitées concernant l'intégration physique permettent difficilement d'expliquer les résultats obtenus. Cette insatisfaction pourrait être expliquée par les faibles conditions socioéconomiques observées dans cette étude et décrites précédemment (p. ex. ne pas avoir complété son diplôme d'études secondaire et avoir un faible revenu). L'ensemble de ces conditions socio-économiques peuvent créer de l'insatisfaction en limitant le choix du milieu de vie et en limitant la capacité à étudier ou à travailler dans le domaine désiré. Par contre, ceci est une hypothèse qui resterait à être validée.

2. SÉVÉRITÉ DES SYMPTÔMES DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET INTÉGRATION COMMUNAUTAIRE

À la lumière des résultats obtenus et en réponse au second objectif de la présente étude, il semble que la sévérité des symptômes de SPT dans son ensemble ne permet pas à elle seule d'expliquer l'intégration communautaire des personnes présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT. Les caractéristiques sociodémographiques seraient effectivement davantage associées à la qualité de l'intégration communautaire chez ces individus. Parmi ces variables, le genre, l'état civil et le revenu, tant au niveau des analyses univariées que des analyses multivariées, seraient associés à une intégration communautaire de qualité. Les résultats de cette étude confirment donc partiellement les hypothèses incluses dans le modèle conceptuel de Wong et Solomon (2002), identifiant les facteurs sociodémographiques et la sévérité des symptômes comme étant des facteurs influençant l'intégration communautaire.

Les analyses multivariées confirment que les femmes en union sont plus susceptibles de vivre une intégration sociale de qualité en présentant plus de rôles sociaux. Il se peut que le type de questions utilisées pour calculer les rôles sociaux explique cette relation. En effet, la similitude entre l'état civil et le rôle social de conjoint/conjointe force la covariance de ces deux éléments.

Les analyses multivariées montrent également qu'être célibataire et avoir un revenu familial plus élevé sont associés à une meilleure intégration psychologique chez les personnes qui ont un CPP et des symptômes de SPT. Ce constat pourrait être expliqué par le fait que les personnes présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT sont reconnues pour avoir des relations de couples moins satisfaisantes et conflictuelles (Cohen et Hien, 2006; Marshal, 2003). Or, en imaginant que les personnes en couple partagent leur lieu d'habitation et que les relations conflictuelles incluent souvent le dénigrement, il est possible de comprendre que les relations de couples peuvent contaminer un ensemble d'éléments de l'environnement de la personne, tel que le fait de se sentir accepté par son entourage et être satisfait de sa situation de logement. Aaussi, les personnes vivant avec un faible revenu, comme c'est le cas pour plus de la moitié de l'échantillon, «sont susceptibles de consacrer une part plus importante de leur revenu à l'achat de nécessités comme la nourriture, le logement et l'habillement qu'une famille moyenne» (Statistique Canada, 2013). Dans ces circonstances, ces personnes sont moins en position de choisir leur lieu de résidence et d'assurer une certaine stabilité. Le faible revenu peut donc créer un ensemble d'insatisfactions vis-à-vis de leur intégration communautaire, ce qui affecte spécifiquement l'intégration psychologique des personnes présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT.

Une plus grande sévérité de symptômes d'autoperturbation affecte négativement la qualité des relations sociales, et plus précisément, le niveau de signification et de réciprocité des relations sociales des personnes présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT. Premièrement, les personnes ayant un niveau élevé de symptômes d'autoperturbation sont connues pour éviter les relations sociales en plus d'entretenir des

interactions problématiques avec les autres (Briere, 2011). De façon plus surprenante, un niveau plus élevé au facteur de stress post-traumatique a également été associé à des relations plus significatives et réciproques. L'étude de Gulcur et *al*. (2007) arrivait également à un constat semblable et expliquait que les personnes présentant des symptômes reliés au stress SPT (*flashbacks,* cauchemars, hyper vigilance, dissociation) contrairement à ceux présentant des symptômes d'autoperturbation, ont plus tendance à être dans le besoin et à attirer le soutien, voire la pitié des autres.

3. RETOMBÉES POUR LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

La présente étude indique des difficultés d'intégration communautaire chez les personnes présentant à la fois un CPP et des symptômes de SPT. Une intervention favorisant leur intégration sociale et professionnelle semble indiquée. Les résultats montrent qu'à l'exception des symptômes d'autoperturbation vis-à-vis de la qualité des relations sociales, aucun des symptômes du SPT n'influence plus qu'un autre la qualité de l'intégration communautaire en général. Si les données socio-démographiques semblent davantage influencer l'intégration communautaire chez les personnes présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT que les symptômes eux-mêmes, il semble tout de même important que des programmes continuent à favoriser l'intégration communautaire chez ces individus.

À la lumière de ces résultats, de tels programmes devraient s'adresser de façon semblable aux hommes et aux femmes présentant une CPP et des symptômes de SPT puisque ceux-ci présentent de façon générale une intégration communautaire semblable, à l'exception des rôles sociaux. Les résultats montrent qu'au-delà des symptômes de SPT, dans l'intervention, certains facteurs sociodémographiques devraient être ciblés chez les personnes présentant à la fois une CPP et des symptômes de SPT afin d'améliorer leur intégration communautaire. De ce fait, les programmes d'intégration communautaire auprès des personnes présentant une CPP et des symptômes de SPT devraient viser à augmenter le niveau de scolarité de ces individus, pour, à plus long terme, augmenter leur revenu et leur

intégration communautaire sur le plan social et psychologique. Enfin, une attention particulière devrait être portée aux dynamiques relationnelles des personnes en couple afin de diminuer les conflits relationnels et, par le fait même, favoriser une plus grande satisfaction relationnelle.

4. LES LIMITES DE L'ÉTUDE ET RECOMANDATIONS

La présente étude apporte une contribution significative au corpus scientifique actuel. En effet, malgré que la présence de symptômes de SPT soit très fréquente chez les personnes présentant déjà une CPP (Driessen et *al.*, 2008; Reynolds et *al*., 2005 dans Chauvet et *al*., 2015), cette étude est l'une des rares à ce jour à évaluer l'intégration communautaire chez cette population clinique. De plus, elle est la seule à avoir évalué l'ensemble du modèle d'intégration communautaire de Wong et Solomon (2002). De plus, dans un contexte où la plupart des études recensées ont été réalisées avant les années 2000, elle fournit des données récentes. En plus de décrire le portrait de l'intégration communautaire, les résultats permettant d'identifier les symptômes de SPT devant être abordés pour améliorer l'intégration communautaire des personnes présentant une CPP et des symptômes de SPT.

Cette étude comporte, toutefois, certaines limites qui doivent être considérées dans l'interprétation des résultats. D'abord, l'utilisation d'un devis transversal permet de réaliser des conclusions quant aux associations entre les variables à l'étude, mais ne permet pas d'établir de relations causales. La taille de l'échantillon et l'utilisation d'un échantillon clinique limitent la généralisation des résultats. Les participants étant déjà en processus de thérapie régulière pour la CPP à l'organisme Portage-Québec, certains présentaient un profil d'abstinent au moment de débuter le programme. L'absence de données spécifiques sur la CPP de plusieurs participants n'a pas permis de vérifier si la sévérité de la CPP était liée à la qualité de l'intégration communautaire, tel que rapporté par Carey et *al*. (2003) et MacDonald et *al*. (2004). Enfin, l'utilisation d'un questionnaire maison pour documenter certaines variables de l'intégration communautaire a pu nuire à la validité et la fidélité de

certaines données.

Afin de pallier à ces limites, les futures recherches portant sur le lien entre les symptômes de SPT et l'intégration communautaire chez les personnes présentant une CPP et des symptômes de SPT devraient s'assurer d'avoir un échantillon de plus grande taille pour permettre une plus grande puissance statistique. L'échantillon devrait être moins homogène en incluant, par exemple, des personnes ayant une CPP, mais n'ayant pas vécu d'abus dans le passé afin d'avoir une plus grande variance de la sévérité des symptômes de SPT. La sévérité de la CPP des participants devrait être prise en compte afin de contrôler l'impact de cette problématique sur l'intégration communautaire. De plus, afin d'augmenter la validité et la fidélité des résultats, les futures recherches devraient utiliser des tests validés pour évaluer chacune des variables de l'intégration communautaire.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision* (3e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Press (1re éd. 1952).

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4e éd.). Washington, DC: American Psychiatric Press (1re éd. 1952).

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed.).* Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc

Baumgartner, J. N. et Susser, E. (2013). Social integration in global mental health: What is it and how can it be measured? *Epidemiology And Psychiatric Sciences*, *22*(1), 29-37.

Bertera, E. M. (2005). Mental health in U.S. adults: The role of positive social support and social negativity in personal relationships. *Journal Of Social And Personal Relationships*, *22*(1), 33-48.

Boivin, M.-D. et De Montigny, M.-J., (2002). *La réinsertion sociale en toxicomanie : une voie à découvrir?* Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Gouverne ment du Québec.

Briere, J. (2011). *Trauma Symptom Inventory-2 professional manual*. Psychological Assessment Resources.

Carey, K. B., Carey, M. P. et Simons, J. S. (2003). Correlates of substance use disorder among psychiatric outpatients: Focus on cognition, social role functioning, and psychiatric status. *Journal Of Nervous And Mental Disease*, *191*(5), 300-308.

Cohen, L.R. et Hien, D.A. (2006). Treatment outcomes for women with substance abuse and PTSD who have experienced complex trauma. *Psychiatric Services,* 57 (1), 100-106.

Corrigan, P. W., Mueser, K. T., Bond, G. R., Drake, R. E. et Solomon, P. (2008). *Prin ciples and practices of psychiatric rehabilitation: An empirical approach*. New York, NY US : Guilford Press.

Desmarais et *al*. (1982), *La carte de réseau*. Centre hospitalier Douglas de Montréal.

Chauvet, M., Kamgang, E., Ngamini, A., Fleury, M-J. et Simoneau, H. (2015). *Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives : Prévalence, utilisation des services et bonnes pratiques*. Centre de réadaptation en dépendance de Montréal-Institut universitaire.

Dutton, C. E., Adams, T., Bujarski, S., Badour, C. L. et Feldner, M. T. (2014). Posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: Individual and combined associations with social network problems. *Journal of anxiety disorders*, *28*(1), 67-74.

Gulcur, L., Tsemberis, S., Stefancic, A. et Greenwood, R. M. (2007). Community integration of adults with psychiatric disabilities and histories of homelessness. *Community Mental Health Journal*, *43*(3), 211-228.

Hobfoll, S.E., Freedy, J., Lane, C. et Geller, P. (1990). Conservation of Social Resources: Social Support Resource Theory. *Journal of Social, Personal and Relationship*, *7*(4), 465-478.

Kessler, R. C. et Merikangas, K. R. (2004). The National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): background and aims. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *13*(2), 60–68.

Kessler, R. C. Sonnega, A., Bromet, E., et Hughes, M. Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives Of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.

Kessler, R. C. et Üstün, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) survey initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *13*(2), 93–121.

Kraanen, F. L., Vedel, E., Scholing, A. et Emmelkamp, P. G. (2014). Prediction of intimate partner violence by type of substance use disorder. *Journal Of Substance Abuse Treatment*, *46*(4), 532-539.

Lavoie, V., Langlois, R., Simoneau, H**.** et Guay, S**.** (2008). *É*tat de stress post-traumatique et troubles liés à l'utilisation d'une substance: Interrelations et modèles thérapeutiques intégrés. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, 18*(3), 92-97.

Lehman, A. F., (1988). A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation and Program Planning, 11*(1) 51-62.

McCallister, L. et Fisher, C.S. (1983). A procedure for surveying personal networks. In R. S. Burt et M. J. Minor *Applied Network Analysis : A Methodological Introduction* (p.75-88). Beverly Hills: Sage.

McHugo, G. J., Drake, R. E., Burton, H. L. et Ackerson, T. H. (1995). A scale for assessing the stage of substance abuse treatment in persons with severe mental illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *183*(12), 762–767.

Macdonald, E., Madden, C. et Roods, G. (1996). *The Adolescent Social Relationship Scale: A scale to measure social support in young people*. Manuscrit non publié. La Trobe University, Melbourne, Australia.

MacDonald, E. M., Luxmoore, M., Pica, S., Tanti, C., Blackman, J., Catford, N. et Stockton, P. (2004). Social Networks of People with Dual Diagnosis: The Quantity and Quality of Relationships at Different Stages of Substance use Treatment. *Community Mental Health Journal*, *40*(5), 451-464.

Marshal, M. P. (2003). For Better or for Worse? The Effects of Alcohol Use on Marital Functioning. *Clinical Psychology Review*, *23*(7), 959-997.

McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E. et O'Brien, C. P. (1980) An Improved Diagnostic Evaluation Instrument for Substance Abuse Patients: The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *168*(1), 26-33.

Mills, K. L., Lynskey, M., Teesson, M., Ross, J. et Darke, S. (2005). Post-traumatic stress disorder among people with heroin dependence in the Australian treatment outcome study (ATOS): Prevalence and correlates. *Drug And Alcohol Depen dence*, *77*(3), 243-249.

Moos, R. H. (1997). *Evaluating treatment environments: The quality of psychiatric and substance abuse programs* (2nd ed.). New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.

Moos, R. H. et Lemke, S. (1996). *Evaluating residential facilities: The multiphasic environmental assessment procedure*.Thousand Oaks, CA: Sage.

Mowbray, C. T., Ribisl, K. M., Solomon, M., Luke, D. A. et Kewson, T. P. (1997). Characteristics of dual diagnosis patients admitted to an urban, public psychiatric hospital: An examination of individual, social, and community domains. *The American Journal Of Drug And Alcohol Abuse*, *23*(2), 309-326.

Mowbray, O., Quinn, A. et Cranford, J. A. (2014). Social networks and alcohol use disorders: Findings from a nationally representative sample. *The American Journal Of Drug And Alcohol Abuse*, *40*(3), 181-186.

Mueser, K. T., Drake, R. E., Clarke, R. E., McHugo, G. J., Mercer-McFadden, C. et Ackerson, T. H. (1995). *Toolkit for evaluating substance abuse in persons with severe mental illness*. Cambridge, MA: Evaluation Center at HSRI

Nehra, D. K., Sharma, V., Mushtaq, H., Sharma, N. R., Sharma, M. et Nehra, S. (2012). Emotional intelligence and self esteem in cannabis abusers. *Journal Of The Indian Academy Of Applied Psychology*, *38*(2), 385-393.

O'Dell, K. J., Turner, N. H. et Weaver, G. D. (1998). Women in recovery from drug misuse: An exploratory study of their social networks and social support. *Substance Use and Misuse*, *33*(8), 1721-1734.

Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. et Weiss, D. S. (2008). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice, And Policy*, *S*(1), 3-36.

Pearson, C., Janz, T. et Ali, J. (2013) Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada, *Coup d'oeil sur la santé*. Doccument téléaccessible à l'adresse < http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11855-fra.htm>.

Pietrzak, R. H., Goldstein, R. B., Southwick, S. M. et Grant, B. F. (2011). Prevalence and Axis I comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder in the United States: Results from Wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal Of Anxiety Disorders*, *25*(3), 456-465.

Platt, J., Keyes, K. M. et Koenen, K. C. (2014). Size of the social network versus quality of social support: Which is more protective against PTSD? *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, *49*(8), 1279-1286.

Rehm, J., Baliunas, D., Brochu, S., Fischer, B., Gnam, W., Patra, J., Popova, S., Sarnocinska-Hart, A. et Taylor, B., (2006). *Les coûts de l'abus de substances au Canada 2002, Points saillant*. Ontario: Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

Ribisl, K. et Luke, D. A. (1993). Social network characteristics of persons with dual diagnosis. *The Community Psychologist*, *27*, 44-45.

Riggs, D.S., Rukstalis, M., Volpicelli, J.R., Kalmanson, D. et Foa, E.B. (2003). Demographic and social adjustment characteristics of patients with comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: Potential pitfalls to PTSD treatment. *Addictive Behaviors*, *28*(9), 1717-1730.

Robins, L. N., Cottler, L. B., Bucholz, K. K., Compton, W. M., North, C. S. et Rourke, K. M. (1999). *Diagnostic Interview Schedule, Version IV (DIS-IV)*. St. Louis, Washington University School of Medicine, Department of Psychiatry.

Roth, J., Steffens, M. C., Morina, N. et Stangier, U. (2011). Changed for the worse: Subjective change in implicit and explicit self-esteem in individuals with current,

past, and no posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy And Psychosomatics*, *81*(1), 64-66.

Simoneau, H. et Guay, S. (2008) Conséquences de la concomitance des troubles liés à l'utilisation de substances et à l'état de stress, *Drogues, santé et société*, *7*(2), 125-160.

Schooler, N., Hogarty, G. et Weissman, M. (1979) Social Adjustment Scall II (SASII). In W. A. Hargreaves, C. C. Attkisson et J. E. Sorenson (Eds) *Resource materials for community mental health program evaluators* (p. 290–303). National Institute of Mental Health, Rockville, United States Department of Health, Education, and Welfare.

Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon M. et First, M. (1990) *Structured Clinical Interview for DSM-III-R–Patient version* (SCID-P). New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.

Statistique Canada (2013). Les seuils de faible revenue. Document téléaccessible à l'adresse < http://www.statcan.gc.ca/pub/75f0002m/2012002/lico-sfr-fra.htm>.

Stenius, V. K., Veysey, B. M., Hamilton, Z. et Andersen, R. (2005). Social Roles in Women's Lives : Changing Conceptions of Self. T*he Journal Of Behavioral Health Services and Research*, *32*(2), 182-198.

Taft, C. T., Watkins, L. E., Stafford, J., Street, A. E. et Monson, C. M. (2011). Posttraumatic stress disorder and intimate relationship problems: A meta-analysis. Journal Of Consulting And Clinical Psychology, *79*(1), 22-33.

Tracy, E. M. et Johnson, P. J. (2007). Personal social networks of women with co- occurring substance use and mental disorders. *Journal Of Social Work Practice In The Addictions*, *7*(1-2), 69-90

Tracy, E. M. et Whittaker, J. K. (1990). The social network map: Assessing social support in clinical practice. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, *71*(8), 461-470.

Tremblay, J. et Blanchette-Martin, N. (2009). *Manuel d'utilisation du DÉBA Alcool/Drogues/Jeu; Version adaptée pour la formation de la première ligne en dépendance, Version 1.08*, Québec : Service de recherche CR UV/CRAT-CA, Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances.

University of Akron. (2001). *Computerized intake assessment instrument (Version 2.0) user manual*. Akron, Author.

Wong, Y. et Solomon, P. L. (2002). Community integration of persons with psychiatric

disabilities in supportive independent housing: A conceptual model and methodological considerations. *Mental Health Services Research*, *4*(1), 13-28.

ANNEXE A
TABLEAUX DE RECENSION

Qualité de l'intégration communautaire des personnes présentant à la fois une consommation problématique de psychotropes et des symptômes de stress post-traumatique ou un autre problème de santé mentale : caractéristiques méthodologiques et résultats des études recensées.											
Réponse à la question de recension 1											
Auteurs	Objectif(s)	Échantillon							Résultats	Limites	Recommandations
		N	Âge	% Femmes	% de l'ethnie majoritaire	Problème(s) de santé mentale	Problème (s) de consommation de psychotropes	Symp. de SPT			
Ribisl et Luke (1993)	Chez les des participants présentant à la fois un problème d'abus de substances et un trouble sévère de santé mentale : 1) Description du réseau social au prétest.	395	33 ans (7.2)	26%	77% afro-américain	Diagnostique de santé mentale (Définition, outil/moyens utilisés pour évaluer et pourcentage par trouble non spécifié) Trouble grave de santé mental	Abus de substance (Méthodologie non spécifiée)	Non évalué	**1) Description au prétest:** <u>Réseau social :</u> Densité (x= 5,3 (É-T=3,5), étd= 0-20) Diversité[5] : Famille (57%), amis (27%), autres personnes significatives (6.8%), membre d'un groupe de support (5,8 %), autre (professionnels, collègues de travail, colocataire, Dieu et animaux de compagnie) (3,4%).	N/D	N/D
Mowbray et *al*. (1997)	Chez les participants présentant à la fois un problème de dépendance aux psychotropes et un trouble de santé mentale : 1) Description des caractéristiques du réseau social, de la qualité des relations	467	33 ans (7.1)	26%	77% Afro-américain	Diagnostic primaire de santé mentale, selon le DSM-III-R (APA, 1987). Diagnostic donné par l'établissement de santé. Une entrevue psychiatrique et de tests psychiatriques (non spécifiés) ont été utilisés lorsque	Problème d'abus de substance (Version modifiée du *Michigan Alcoholism Screening Test* (Selzer, 1971) et de l'*Addiction Severity Index* (McLellan et *al*., 1980) et juger comme ayant un problème d'abus de	Non évalué	**1) Description** <u>Réseau social :</u> Densité (x=5,35). Diversité[7]: Des proches (56,7%), amis (33.6%), autre (incluant professionnels) (9,7%). Qualité des relations : Manque de relation de proximité avec la mère (27,3%) et avec le père (51,1%); conflits sérieux avec la famille durant les 30 jours	Le biais liés aux méthodes autorapportées (évaluation des problèmes d'abus de substances). La généralisation des résultats devrait se limiter à une population urbaine, ayant	Utilisation de méthode biomédicale pour évaluation des problèmes d'abus de substances.

5 Pourcentage de membres du réseau social de l'usager appartenant à chaque catégories.

7 Pourcentage de membres du réseau social de l'usager appartenant à chaque catégories, lorsque l'on prend tous les membres de tous les participants

	entre le participant et les membres de son réseau social et de l'utilisation de services et la participation à des activités et loisirs. 2) Comparaison de groupes formés sur la base de l'âge et du genre des participants. Les groupes sont comparés sur les trois variables mentionnées à l'objectif un. Description des groupes : G1: Répartition des participants dans deux groupes selon leur âge (33ans et moins, 34 ans et plus). G2 : Répartition des participants dans deux groupes selon leur genre.					nécessaire. Schizophrénie et schizophrénie affective (28%), trouble affectif majeure (14%), trouble affectif moyen (15%), trouble de la personnalité ou d'adaptation (26%), troubles de l'humeur organiques (21%)[6].	substance par un clinicien.)		précédant l'hospitalisation (11%). <u>Utilisation de services :</u> 30% des participants ont utilisé un groupe de soutien dans les 30 jours précédant leur admission au traitement. Spécifiquement, 20% ont assisté à un groupe alcoolique anonyme et 20.2% à un groupe narcotique anonyme. <u>Participation à des activés/loisirs</u> : Des 17 activités possible du questionnaire, les participantes ont rapporté en pratiquer en moyenne 8.63 (É-T=3.38) dans la dernière semaine suggérant peu de participation et de diversité dans leur environnent social. **2) Comparaison entre l'âge et le genre des participants** G1 : Aucune différence significative n'a été trouvée sur les variables du réseau social, de la qualité des relations, de l'utilisation de services et de la participation aux activités/loisirs. G2 : Un plus grand pourcentage d'hommes que de femmes ont rapporté utiliser un groupe de soutien dans la	majoritairement un statut socio-économique bas.	

6 La somme des pourcentages excède 100%, car plus d'un trouble est parfois présent chez l'usager.

									dernier 30 jours précédant leur hospitalisation ($X^2 = 6.99$, $p < .008$). Aucune différence significative n'a été trouvée sur les variables du réseau social et de la qualité des relations et de la participation aux activités/loisirs. * Les résultats ne sont pas différents, peut importe la problématique de santé mentale chez personne ayant à la fois problème de santé mentale et de consommation.		
Stenius et *al*. (2005)	Chez les participants présentant à la fois un trouble lié à l'utilisation de substances et de santé mentale et ayant un historique d'abus (physique ou sexuel): 1) Décrire les rôles sociaux identifiés par les participantes.	186	37 ans (8.7)	100%	88.7% Caucasiens	Diagnostic de santé mentale (Source non spécifiée) (Outils et moyens utilisés pour l'évaluation et pourcentage par troubles non spécifiés)	Diagnostique d'usage de psychotropes (source non spécifiée). (Outils et moyens utilisés pour l'évaluation non spécifiés)	Non évalué	**1) Description des rôles sociaux :** Mère (82.%), travailleur/employé (33%), donneur de soin (66%), amis (84%), athlète (15%), personne de foi/personne spirituelle (59%), voisin (43%), fille (62%), écrivain/artiste/musicien (34%), étudiants (17%), partenaire/femme (44%), au moins un rôle personnel (100%)	N/D	N/D

Qualité de l'intégration communautaire des personnes présentant à la fois une consommation problématique de psychotropes et des symptômes de stress post-traumatique ou un autre problème de santé mentale en fonction de la sévérité de ces deux problématiques: caractéristiques méthodologiques et résultats des études recensées.											
Réponse à la question de recension 2											
Auteurs	Objectif(s)	Échantillon							Résultats	Limites	Recommandations
		N	Âge	% Femmes	% de l'ethnie majoritaire	Problème(s) de santé mentale	Problème(s) de consommation de psychotropes	Symp. de SPT			
Carey, Carey et Simons (2003)	Chez les participants ayant un trouble de santé mentale : 1- Comparer les groupes de consommateurs de psychotropes sur le niveau de fonctionnement social. Description des groupes : G1: Participants n'ayant jamais rencontré les critères diagnostiques d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance au cours de leur vie. G2 : Participants ayant rencontrés une fois dans leur vie les critères diagnostiques d'un	56 G1: 15 (27%) G2 26 (46%) G3 15 (27%)	38 ans (8,6) G1: 39 ans (7,5) G2 : 38 ans (10,1) G3 : 37 ans (7,1)	23% G1: 27% G2 : 23% G3 : 20%	86% caucasien G1: 80% caucasien G2 : 88% caucasien G3 : 80% caucasien	Diagnostic primaire. Évalué à partir de l'outil *Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Patient Version* (SCID-P; Spitzer et al., 1990). Schizophrénie (64%); trouble bipolaire (29 %); trouble schizoaffectif (7%) *Aucune différence significative entre les groupes au niveau du pourcentage des troubles du spectre de la schizophrénie.	Diagnostic d'abus ou dépendance de psychotropes dans les six derniers mois. (*Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Patient Version (SCID-P; Spitzer et al., 1990).*	Non évalué	**Comparaison des groupes :** <u>Analyse statistique univariée :</u> G2 a un score significativement meilleur à l'échelle « Efficacité dans la réalisation de rôles sociaux » que le G1 (p=0,46). Aucune différence significative n'est observée entre les groupes à l'échelle « Fonctionnement social et récréatif » <u>Analyse multivariée (régression multiple) :</u> Le modèle général est significatif. Lorsque le groupe G1 est comparé au groupe G2, une meilleur « Efficacité dans la réalisation de rôles sociaux » est associée significativement au fait d'être dans le G2 (p=05). Aucune variable sociale prise indépendamment ne	Une sélection de participants volontaire uniquement. La petit taille de l'échantillon. Le fonctionnement social et les troubles de santé mentale sont évalués avec peu de variables. L'utilisation de questionnaires auto-rapportés. L'utilisation d'un devis transversal. L'incapacité à évaluer les modèles qui pourraient être reliés aux caractéristiques démographiques et diagnostiques.	N/D

	trouble lié à l'utilisation d'une substance, mais pas dans les 6 derniers mois. G3 : Participants rencontrant actuellement les critères diagnostiques d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance .								prédit la présence des participants dans le groupe G3 lorsqu'il est comparé au groupe G1 et de même lorsque le groupe G2 est comparé au groupe G3. * Les trois groupes ne présentent aucune différence significative sur les variables démographiques et psychiatriques. Les groupes se distinguent significativement sur les variables liées à la consommation de psychotropes. Le groupe G1 a plus de sévérité que les groupes G2 et G3 lorsqu'ils sont comparés sur leur résultats au Michigan Alcoholism Screening Test (MAST; Selzer, 1971), le Drug Abuse Screening Test (DAST; Skinner, 1982) et le pourcentage de participants ayant dépensé plus de10$ en achat de drogues et d'alcool dans le dernier mois.		
Dutton et *al*. (2014)	Chez les participants présentant à la fois une dépendance à l'alcool et un état de stress post-traumatique : 1- Déterminer si la	2766 G1 : 2180.5 G2 : 303.9 G3 : 224.8 G4 :	N/D G1 : 48 ans (.77) G2 :42 ans (.74) G3 :	N/D G1 : 51% G2 : 78% G3 : 25% G4 :	N/D Blanc G1 : 71% G2 : 73% G3 : 75% G4 : 70%	Diagnostic de trouble de santé mentale selon le DSM-IV (APA, 1994). Évalué à partir de l'entrevue structurée	Diagnostic de dépendance à l'alcool selon le DSM-IV (APA, 1994). Évalué à partir de l'entrevue structurée	Diagnostic d'ESPT.	**1) Comparaison entre les groupes (ANOVAs) :** PROXIMITÉ : Aucune différence significative entre les groupes par rapport à la proximité	L'utilisation d'un devis transversal. Les analyses corrélationnelles	Examiner les processus causaux qui soutiennent les corrélations trouvées (e.g. comment les évènements traumatiques évalués sont-ils liés au support

	combinaison d'une consommation problématique d'alcool et d'un trouble de stress post-traumatique est liée à une moins bonne qualité du réseau social (proximité, conflit) lorsque comparé aux autres groupes. 2- Déterminer si les associations trouvées à l'objectif 1 sont toujours vraies lorsque la covariance liée aux variables étrangères[8] est contrôlée. Description des groupes : G1 : Participants n'ayant jamais eu de diagnostic de trouble de santé mentale au cours de leur vie, G2 : Participants ayant ou ayant déjà eu au cours de leur vie un diagnostic	56.4	40 ans (.90) G4 :41 ans (1.0)	57%		*Composite International Diagnostic Interview* (CIDI; Kessler et al., 2004).	*Composite International Diagnostic Interview* (CIDI; Kessler et al., 2004).		(p=.066). CONFLIT : Différences significatives entre les groupes par rapport aux conflits (p<.001). Les deux groupes unimorbides (G2, G3) et le groupe de comorbidité (G4) ont rapporté vivre significativement plus de conflits dans leur entourage que le groupe sans diagnostique (G1) (p ≤ .001). Il n'existe pas de différence significative entre G2, G3 et G4. **2) Comparaison entre les groupes, lorsque contrôlés pour les variables étrangères (ANCOVAs) :** PROXIMITÉ : Aucune différence significative entre les groupes par rapport à la proximité (p = .064) lorsque contrôlée pour les variables étrangères (âge, genre, revenu annuel, le trouble panique, phobie sociale). CONFLIT : Différences		social, à l'état de stress post-traumatique et à la dépendance à l'alcool?). Étudier l'effet d'un traitement basé sur la restructuration du réseau social.

[8] Variables socio-démographiques ayant présentés des différences significatives entre les groupes (revenue annuel, âge, proportion de femmes entre les groupes) et les troubles de santé mentale, autre que la dépendance à l'alcool et état de stress post-traumatique, ayant été significativement associés à la qualité du réseau social (trouble panique, phobie sociale, trouble dépressif majeure).

	d'ÉSPT. G3 : Participants ayant ou ayant déjà eu au cours de leur vie un diagnostic de dépendance à l'alcool. G4 : Participants ayant ou ayant déjà eu au cours de leur vie simultanément un diagnostic de ÉSPT et de dépendance à l'alcool.								significatives entre les groupes par rapport aux conflits (p=.010) lorsque la covariation associée à l'âge, au revenue annuel, au genre, au trouble panique, au trouble dépressif majeur est contrôlée. Les deux groupes unimorbides (G2, G3) et le groupe comorbide (G4) rapportent significativement plus de conflits que le groupe sans diagnostic (G1) ($p \leq .05$).		

Qualité de l'intégration communautaire des personnes présentant à la fois une consommation problématique de psychotropes et des symptômes de stress post-traumatique ou un autre problème de santé mentale et variation de l'intégration communautaire en fonction de la sévérité de ces deux problématiques: caractéristiques méthodologiques et résultats des études recensées.

Réponse aux questions de recension 1 et 2

Auteurs	Objectif(s)	Échantillon							Résultats		Limites	Recommandations
		N	Âge	% Femmes	% de l'ethnie majoritaire	Problème(s) de santé mentale	Problème de consommation de psychotropes	Symp. de SPT	Réponses à la question de recension 1	Réponses à la question de recension 2		
MacDonald et *al*. (2004)	Chez les participants présentant à la fois un problème de consommation de psychotropes et un trouble de santé mentale : 1) Description du réseau social ; 2) Comparaison des groupes sur les caractéristiques du réseau social des usagés. Description des groupes: G1 :	34 G1 :20 G2 : 14	34 ans (8.6) G1 : N/D G2 : N/D	36% G1 : N/D G2 : N/D	N/D	Diagnostic de trouble de santé mentale, selon le DSM-IV (APA, 1994). Outil d'évaluation non spécifié. Schizophrénie (82%), trouble schizophrénie affective (9%), trouble bipolaire (6%), trouble de dépression majeur (3%)	Diagnostique de dépendance et d'abus de psychotropes (Substance Use Rating Scale; Mueser et al., 1995).	Non évalué	**1) Description :** <u>Réseau social :</u> <u>Densité</u> :G1 (mdn=4, étd=1-11), G2 (mdn=4.5, étd=1-12) <u>Diversité</u> : Ami G1 (mdn=1, étd=0-5), G2 (mdn=1, étd=0-8), famille G1 (mdn=2, étd=0-6), G2 mdn=2.0, étd=0-4), professionnels G1 (mdn=1, étd=0-3) G2 (mdn=2.0, étd=0-6)	**2) Comparaison entre les deux groupes** Plus grand nombre de professionnels présents dans le réseau social des usagés du G2. Aucune différence significative n'est trouvée sur les variables liées à la densité et à la diversité des autres dimensions du réseau social.	La petite taille des groupes et la faible puissance statistique des différences.	N/D

	Participants n'ayant aucune évidence concernant la réduction de la consommation ou d'un travail de la part du participant en ce sens. G2 : Participants ayant une présence d'évidences la réduction de la consommation ou d'un travail dans ce sens.											
Tracy et Johnson (2007)	Chez les usagères de sexe féminin ayant à la fois un trouble lié à l'utilisation d'une substance et un trouble de santé mentale: 1) Description	136 G1 : 59 (43%) G2: 77 (57%)	34 ans (N/D) G1 : N/D G2: N/D	100%	82% d'Afro-Américaine G1 : N/D G2: N/D	Trouble de santé mentale, selon DSM-IV (APA, 1994). Établis par les auteurs en utilisant le *Computerized Diagnostic Interview Schedule* (C-DIS ;	Diagnostique de dépendance et d'abus de psychotropes. Site-Communauté: *Diagnostic Interview Schedule* (C-DIS ; Robins et *al*., 1999)	Non évalué	**1) Description** : (n=136 donc certaine ayant juste TUS) <u>Densité du réseau social</u> (d'adultes : x=10,7 (É-T= 5.0), étd=1-38,) (de mineurs (x=2.5 (É-T=N/D), étd=0-10). <u>Diversité du réseau social</u> : famille étendue	**2) Comparaison :** En raison des différences significatives entre les sites de recrutements sur les variables démographiques (âges, nombres d'enfants, nombre de	L'utilisation d'un devis transversale L'utilisation de questionnaire auto rapporté sans vérification indépendante. La taille de l'échantillon n'offre pas	Études examinant la relation entre le réseau social et le stade de traitement (readiness, motivation) Devis longitudinal Examiner la relation entre différents troubles de santé mentale et les

	des caractéristiques du réseau social. 1.1) Comparer les caractéristiques du réseau social selon le site de recrutement des participantes. Description des sites de recrutement: Site-Communauté : (n=50) Femmes vivant en communauté et participant déjà à une étude longitudinale indépendante de celle-ci et portant sur les enfants exposés à la cocaïne et leur mère. Sites-traitements: Femmes recevant un traitement dans une					Robins et *al*., 1999) Épisode dépressif majeure (40%), état de stress post-traumatique (32%), Épisode maniaque (15%), anxiété généralisée (15%). G2: n=45 (58%) ont plus d'un trouble de santé mentale	Site-Traitement (résidentiel et TUS): *Computerized Intake Assessment Instrument* (CIAIC-C, University of Akron, 2001)		(39%), ami (18%), professionnel (13,8%), personne d'une église/organisation (8%), école/travail (6%), voisin (5%), famille nucléaire (10%). <u>Qualité des relations entre le répondant et les membres du réseau social</u> : Relation réciproque avec un peu plus de 50% des membres du réseau social. Membres du réseau social perçu comme « parfois » ou « presque toujours » négatif dans leur interaction avec la répondante (x=4, É-T=N/D). **1.1. comparaison selon les sites de recrutement** :	mois travaillé à temps plein dans la dernière année), les auteurs contrôlent pour le site de recrutement lorsqu'ils examinent les différences de moyennes des variables liées au réseau social entre les deux groupes. <u>Densité et diversité du réseau social</u> : En contrôlant pour le site de recrutement, il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes par rapport à la densité et la diversité du réseau social ($p<0.05$). <u>Qualité des relations</u> : Les femmes du Gr.Comorbidité perçoivent	une puissance statistique suffisante pour examiner l'effet de l'interaction entre les sites de recrutements et les deux groupes. La force des relations tel que mesurées par les Anovas sont souvent faible, même si statistiquement significatif.	caractéristiques du réseau social (e.g., état de stress post-traumatique). L'impacte du trauma sur le réseau social. Le rôle des enfants sur le réseau social de la mère, spécialement pour les mères en traitements.

	résidence (n=41) ou dans une clinique externe (n=45). 2) Comparer les caractéristiques du réseau social des groupes. Description des groupes : G1: Femmes ayant un trouble lié à l'utilisation d'une substance seulement. G2: Femmes ayant à la fois un trouble lié à l'utilisation d'une substance et au moins un trouble de santé mentale.								Aucune différence significative globale n'est trouvée pour la densité du réseau social, mais les femmes recrutées à partir du site-communauté ont plus de membres de la famille nucléaire et moins de professionnels dans leur réseau social ($p < 0.001$). Les femmes du site-communauté ont plus de relation négative avec les membres de leur réseau social (p=N/D).	moins de réciprocité dans leur relation avec les membres de la famille nucléaire. Des résultats similaires sont obtenus lorsque les auteurs utilisent les proportions moyennes au lieu du nombre de membres du réseau social.		

ANNEXE B
ATTESTATION DE CONFORMITÉ ÉTHIQUE

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Comité d'éthique de la recherche
Éducation et sciences sociales

Attestation de conformité

Le comité d'éthique de la recherche Éducation et sciences sociales de l'Université de Sherbrooke certifie avoir examiné la proposition de recherche suivante :

Évaluation du programme dépendance et stress post-traumatique, Portage-Québec

Myriam Laventure
Professeure, Département de psychoéducation, Faculté d'éducation

Projet financé par le Centre Portage de Québec

Le comité estime que la recherche proposée est conforme aux principes éthiques énoncés dans la *Politique en matière d'éthique de la recherche avec des êtres humains (2500-028).*

Membres du comité

Eric Yergeau, président du comité, professeur à la Faculté d'éducation, Département d'orientation professionnelle
Mathieu Gagnon, professeur à la Faculté d'éducation, Département d'enseignement au préscolaire et au primaire
Suzanne Guillemette, professeure à la Faculté d'éducation, Département de gestion de l'éducation et de la formation
Mélanie Lapalme, professeure à la Faculté d'éducation, Département de psychoéducation
Julie Myre-Bisaillon, professeure à la Faculté d'éducation, Département d'adaptation scolaire et sociale
Frédéric Saussez, professeur à la Faculté d'éducation, Département de pédagogie
Carlo Spallanzani, professeur à la Faculté d'éducation physique et sportive
Marianne Xhignesse, professeure à la Faculté de médecine et des sciences de la santé, Département de médecine de famille
Vincent Beaucher, membre versé en éthique
France Dupuis, membre de la collectivité

Le présent certificat est valide pour la durée de la recherche, à condition que la personne responsable du projet fournisse au comité un rapport de suivi annuel, faute de quoi le certificat peut être révoqué.

Le président du comité,

Eric Yergeau, 8 janvier 2014